

## DEMANDE D'ÉPARGNE MEDICAID OU MEDICARE

Veillez sélectionner le type de Medicaid pour lequel vous postulez, si vous le connaissez :

- Medicaid régulier
- Autorisation spécifique concernant Medicaid
- Soins de longue durée Medicaid
- Programme d'épargne Medicare
- Spend Down (un moyen pour une personne bénéficiant de Medicare d'être admissible à Medicaid, même si son revenu est supérieur à la limite spécifié par l'État pour bénéficier de Medicaid)

**Des questions ? Besoin  
d'aide ?  
Appelez le 1-855-306-8959**

**Si vous êtes  
malentendants, veuillez  
appeler le 1-800-648-6056**

### Instructions :

- Remplissez tout le formulaire. Veuillez joindre des pages supplémentaires si vous avez besoin de plus d'espace pour écrire.
- Veillez joindre les copies des documents demandés.
- Lisez vos droits et responsabilités à la dernière page.
- Signez la demande au bas de la page 6.
- Déterminez si vous souhaitez compléter l'évaluation volontaire des besoins en ressources kynect aux pages 7 à 9, cela peut vous fournir des programmes/services/ressources communautaires supplémentaires.
- Renvoyez le document à votre bureau local du Community Based Services (Département des services communautaires - DCBS) du comté où vous vivez. Vous pouvez trouver l'adresse de votre bureau local en appelant le 1-855-306-8959 ou en utilisant la recherche des bureaux locaux du DCBS à l'adresse : [https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx). Vous pouvez également télécopier la demande à la salle de courrier centralisée au 1-502-573-2005 ou au 1-502-573-2007.

## DITES-NOUS QUI VOUS ÊTES :

NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM :	SEXE :	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE PHYSIQUE :		VILLE :	ÉTAT :	CODE POSTAL :
EST-CE UNE INSTALLATION/INSTITUTION ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
ADRESSE POSTALE :		VILLE :	ÉTAT :	CODE POSTAL :
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	COMTÉ OÙ VOUS RÉSIDEZ :		

**Cabinet du Commonwealth du Kentucky pour la  
santé et les services familiaux  
Division des services communautaires  
(Department for Community Based Services)**

SITUATION FAMILIALE : <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E), VIVANT ENSEMBLE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E), VIVANT SÉPARÉMENT <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUVE/VEUF	STATUT SSI (Revenu de sécurité supplémentaire) : <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS FAIT DE DEMANDE <input type="checkbox"/> LE REÇOIT ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> EN ATTENTE <input type="checkbox"/> REFUSÉ/ARRÊTÉ  RAISON :	CONDITIONS D'ADMISSION TECHNIQUES : <input type="checkbox"/> ÂGÉ (65 ANS OU PLUS) <input type="checkbox"/> AVEUGLE <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS OU UN PROGRAMME D'AUTORISATION SPÉCIFIQUE CONCERNANT MEDICAID ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
STATUT DU DOSSIER FISCAL :	Langue parlée par le candidat principal (si ce n'est pas l'anglais) :	

**QUELQU'UN VOUS A-T-IL AIDÉ A FAIRE CETTE DEMANDE ? SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :**

LIEN DE PARENTÉ : <input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> PROCURATION <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> REPRÉSENTANT AUTORISÉ			
SI AUTRE, VEUILLEZ EXPLIQUER :			
NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE TÉLÉPHONE :
ADRESSE :	VILLE :	ÉTAT :	CODE POSTAL :

JE DÉNOMME CETTE PERSONNE COMME MON REPRÉSENTANT AUTORISÉ POUR FAIRE UNE DEMANDE DE MEDICAID POUR MOI.

SIGNATURE DU DEMANDEUR : X \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ FOURNIR UNE PREUVE DU STATUT DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ. DES EXEMPLES DE VÉRIFICATION D'UN REPRÉSENTANT AUTORISÉ ACCEPTABLE COMPRENNENT :**

- LE FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE REPRÉSENTANT AUTORISÉ MAP-14 - QUI PEUT ÊTRE TROUVÉ ICI : <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- DOCUMENTS CONCERNANT LA PROCURATION
- DOCUMENTS DU TRIBUNAL JUSTIFIANT LA TUTELLE

**INFORMATIONS SUR LE MÉNAGE  
LISTEZ TOUTES LES PERSONNES VIVANT DANS VOTRE FOYER**

Lien de parenté	Nom de famille	Prénom	Initiales du deuxième prénom	Date de naissance	Sexe	Numéro de sécurité sociale	Race*	Hispanique/latino ?	Citoyen américain ?
SOI					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

**\*POUR LA RACE :** Utilisez l'un des codes qui s'applique. Votre couverture ne sera pas affectée si vous ne répondez pas. (A) Indien d'Amérique/Autochtone d'Alaska ; (B) Noir ; (P) Originaire d'Hawaï/des îles du Pacifique ; (S) asiatique ; (W) Blanc.

**VOUS OU VOTRE CONJOINT AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE MALADIE ?**

<input type="checkbox"/> PARTIE A DE MEDICARE Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DATE :
	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	
<input type="checkbox"/> PARTIE B DE MEDICARE Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DATE :
	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	
<input type="checkbox"/> PARTIE C DE MEDICARE Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DATE :
	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	
<input type="checkbox"/> PARTIE D DE MEDICARE Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DATE :
	RÉCLAMATION N° (SUR LA CARTE) :	
NOM DU FOURNISSEUR : Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> AUTRE POLICE D'ASSURANCE	RÉCLAMATION N° (SUR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :
NOM ET ADRESSE DE LA SOCIÉTÉ :		
<input type="checkbox"/> AUTRE POLICE D'ASSURANCE	RÉCLAMATION N° (SUR CARTE) :	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :
NOM ET ADRESSE DE LA SOCIÉTÉ :		

**VOS REVENUS ET LES REVENUS DE VOTRE CONJOINT, SI MARIÉ :**

<b>REVENU NON GAGNÉ</b>			
<b>EXEMPLES : SÉCURITÉ SOCIALE, ANCIENS COMBATTANTS, RETRAITE DES CHEMINS DE FER, PENSIONS, ASSISTANCE OU PENSION ALIMENTAIRE, REVENUS DE LOCATION, RÈGLEMENT DU TABAC, PAIEMENT DE RENTES/INVESTISSEMENTS</b>			
LA PERSONNE AYANT LES REVENUS	TYPE DE REVENU	MONTANT BRUT (AVANT DÉDUCTIONS)	FRÉQUENCE DES REVENUS

<b>REVENU GAGNÉ</b>				
<b>EXEMPLES : SALAIRES PROVENANT D'UN EMPLOI OU D'UN REVENU D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT</b>				
LA PERSONNE AYANT LES REVENUS	TYPE DE REVENU	MONTANT BRUT (AVANT DÉDUCTIONS)	FRÉQUENCE DES REVENUS	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

**VEUILLEZ FOURNIR UNE PREUVE DE TOUS LES REVENUS. EXEMPLES DE PREUVES ACCEPTABLES :**

- LETTRES DE RÉCOMPENSE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, DES AFFAIRES DES ANCIENS COMBATTANTS OU DE LA RETRAITE DES CHEMINS DE FER
- COPIES DES BULLETINS DE PAIE
- COPIES DES DOSSIERS FISCAUX POUR CONCERNANT LE TRAVAIL INDÉPENDANT
- ORDONNANCES DU TRIBUNAL POUR LES PENSIONS ALIMENTAIRES OU D'ASSISTANCE
- COMPTES SOCIAUX DE PENSIONS ET DE RETRAITES

**Cabinet du Commonwealth du Kentucky pour la  
santé et les services familiaux  
Division des services communautaires  
(Department for Community Based Services)**

**VOUS OU VOTRE CONJOINT AVEZ-VOUS DES RESSOURCES ?**

**EXEMPLES DE RESSOURCES : COMPTES BANCAIRES, ACTIONS ET OBLIGATIONS, FIDUCIES, RENTES, VÉHICULES. VOUS DEVEZ FOURNIR UNE PREUVE DE CES RESSOURCES. LES PREUVES ACCEPTABLES COMPRENNENT LES RETRAITS BANCAIRES, LES RELEVÉS DE COURTAGE, LES COPIES DES FIDUCIES/RENTES.**

TYPE DE RESSOURCES	SOLDE/VALEUR	RESSOURCES DÉTENUE PAR ? (NOM DE LA BANQUE OU DE LA SOCIÉTÉ)	DÉTENTEURS	NUMÉRO DE COMPTE

**AVEZ-VOUS TRANSFÉRÉ OU VENDU UNE RESSOURCE AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES ? SI OUI, EXPLIQUEZ POURQUOI :**

**LES RESSOURCES COMPRENNENT ÉGALEMENT LES POLICES D'ASSURANCE VIE OU LES DISPOSITIONS FUNÉRAIRES PRÉPAYÉES ORGANISÉES POUR VOUS OU VOTRE CONJOINT :**

DÉTENTEUR DE LA POLICE	COMPAGNIE D'ASSURANCE/ORGANISATION FUNÉRAIRE	NUMÉRO DE POLICE	VALEUR NOMINALE	VALEUR DE RACHAT EN ESPÈCES DE LA POLICE

ÊTES-VOUS OU VOTRE CONJOINT PROPRIÉTAIRE DE LA MAISON OÙ VOUS VIVEZ ? SI OUI, VEUILLEZ SAISIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :	EST-CE QUE VOUS OU VOTRE CONJOINT POSSÉDEZ DES BIENS DANS LESQUELS VOUS N'HABITEZ PAS ? SI OUI, VEUILLEZ SAISIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :
ADRESSE :	ADRESSE :
VALEUR PVA ACTUELLE :	VALEUR PVA ACTUELLE :

**DÉCLARATION D'ENTENTE ET D'ACCORD**

Je certifie que ces informations sont exactes et véridiques au meilleur de ma connaissance. Je comprends que la loi sur la sécurité sociale exige que tous les bénéficiaires de l'aide fournissent et soient identifiés par un numéro de sécurité sociale et que si une personne refuse de demander un numéro, le ministère ne peut pas effectuer de paiement ni fournir Medicaid. Je comprends que les numéros de sécurité sociale seront utilisés pour diverses correspondances étatiques et fédérales via le système de vérification des revenus et de l'éligibilité (IEVS). Ces correspondances incluent, sans s'y limiter, la sécurité sociale, l'IRS, le SSI, les registres de salaires, l'assurance-chômage et d'autres correspondances fournies sous l'autorité de l'IEVS. Ces informations peuvent être vérifiées par le biais de contacts collatéraux lorsque des divergences sont constatées. Les informations fournies dans le cadre de l'IEVS, peuvent affecter l'éligibilité et le montant des prestations après qu'elles aient été vérifiées. Ces informations ne seront divulguées à d'autres agences que dans la mesure permise par la loi. Je déclare que toutes les personnes pour lesquelles une demande est faite sont des citoyens américains ou sont admises sous le statut d'étranger approuvé. Je certifie sous peine de parjure que les informations, y compris la citoyenneté ou le statut d'étranger, que je fournis dans cette déclaration sont exactes et véridiques au meilleur de ma connaissance et j'autorise la Division des services communautaires à contacter toutes les personnes nécessaires pour vérifier mes déclarations. Je comprends que les informations contenues dans cette demande sont utilisées pour déterminer si je suis éligible aux prestations de la Division des services communautaires. Je comprends que si je donne de fausses informations, dissimule des informations ou omet de signaler des changements dans les 10 jours, je pourrais faire l'objet de poursuites pour fraude, réduction ou perte de prestations et je pourrais être tenu de rembourser les prestations que j'ai reçues. J'autorise en outre la Division des services communautaires à contacter toutes les personnes nécessaires pour vérifier ma déclaration ou obtenir des informations supplémentaires relatives à mon éligibilité. Toutes les demandes d'assistance sont examinées sans distinction de race, de couleur, de sexe, de handicap, de croyance religieuse, d'origine nationale ou de conviction politique. Vous ou votre représentant pouvez demander une audience équitable en contactant votre travailleur si vous n'êtes pas d'accord avec toute mesure prise concernant votre cas. Votre cas peut être présenté à l'audience par toute personne de votre choix.

X \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

X \_\_\_\_\_  
Signature du conjoint ou du représentant autorisé du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

X \_\_\_\_\_  
Signature du témoin (si signé par un X)

\_\_\_\_\_  
Date

## **ressources kynect - Évaluation des besoins**

Ce qui suit est une évaluation des besoins en ressources supplémentaires qui est **volontaire** et n'a pas d'impact sur vos prestations Medicaid. Cette évaluation nous aide à identifier et à comprendre d'autres besoins que vous et votre ménage pouvez avoir et qui peuvent avoir un impact sur votre santé et vous mettre en contact avec des ressources/services/programmes communautaires qui peuvent être utiles, tels que les transports, les services publics, une aide alimentaire, la garde d'enfants, etc. Vous pouvez consulter vos résultats en vous connectant à votre compte kynect sur <https://kynect.ky.gov/ressources> ou en appelant le 2-1-1 pour être référé aux ressources/services/programmes de la communauté.

Tout membre supplémentaire du foyer peut compléter une évaluation de ses besoins individuels en se connectant à son compte kynect en ligne à l'adresse <https://kynect.ky.gov/ressources> ou en appelant le 2-1-1.

### **Entourez la lettre qui décrit le mieux votre situation :**

#### **1. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation en matière de logement ?**

- a. Je n'ai pas de logement stable.
- b. Je vis temporairement avec un ami ou un membre de ma famille.
- c. Je ne paie actuellement pas mon loyer/hypothèque et je risque d'être expulsé.
- d. Je paie mon loyer/hypothèque, mais c'est inabordable (plus de 30 % de mes revenus).
- e. J'utilise actuellement un programme d'aide au loyer/hypothèque.
- f. Je paie mon loyer/hypothèque sans difficulté.

#### **2. Qu'est-ce qui décrit le mieux la situation des services publics concernant votre logement (eau, électricité, chauffage) ?**

- a. Je n'ai pas de logement/je n'ai pas de services publics pour mon logement.
- b. Les services publics concernant mon logement sont souvent coupés parce que je ne paie pas.
- c. J'utilise des programmes qui m'aident à payer mes services publics.
- d. J'ai du mal à payer les services publics concernant mon logement, mais je suis en grande partie capable de payer.
- e. Je peux payer mes services publics pour qu'ils ne soient jamais coupés.

#### **3. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant votre emploi actuel ?**

- a. Pas de travail.
- b. J'ai un travail temporaire, saisonnier ou à temps partiel qui ne répond PAS à mes besoins ; j'ai besoin de travailler plus.
- c. Temps plein sans avantages sociaux ou je perçois des avantages sociaux qui ne répondent pas à mes besoins.  
*(Remarque : Les avantages peuvent inclure une assurance médicale, dentaire et pour la vue ainsi que des forfaits de retraite)*
- d. J'ai un travail temporaire, saisonnier ou à temps partiel qui répond à mes besoins ; je n'ai pas besoin de travailler plus.
- e. Temps plein avec des avantages sociaux qui répondent à mes besoins.

**4. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant vos revenus ?**

- a. Aucun revenu.
- b. Mes revenus sont irréguliers.
- c. Mes revenus ne suffisent pas à subvenir à mes besoins.
- d. Je peux subvenir à mes besoins fondamentaux grâce à l'aide des programmes d'aide.
- e. Je peux subvenir à mes besoins fondamentaux sans aide.
- f. Mes revenus répondent à mes besoins, sont bien gérés et je peux épargner.

**5. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant votre alimentation ?**

- a. Je n'arrive pas à me procurer la nourriture dont j'ai besoin.
- b. Je peux me procurer la nourriture dont j'ai besoin, mais je n'ai ni l'espace ni le temps pour préparer mes repas.
- c. Mon ménage reçoit une aide alimentaire telle que des SNAP (bons alimentaires) ou d'autres aides alimentaires.
- d. Je peux subvenir à mes besoins alimentaires de base, mais j'ai besoin d'une aide occasionnelle, comme l'aide d'une organisation qui distribue de la nourriture gratuitement.
- e. Je peux subvenir à mes besoins alimentaires de base sans aide.
- f. Je peux choisir d'acheter n'importe quelle nourriture que mon foyer désire.

**6. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant la garde de vos enfants ?**

- a. J'ai besoin de services de garde d'enfants, mais je n'ai pas les moyens de les payer pour le moment.
- b. Je peux me permettre de faire appel à une garde d'enfants, mais les options de garde d'enfants sont peu fiables ou inaccessibles.
- c. La garde de mes enfants est assurée par un ami personnel ou un membre de ma famille.
- d. Je peux choisir une garde d'enfants de qualité de mon choix.
- e. Je n'ai pas besoin de garde d'enfants pour le moment.

**7. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre niveau d'éducation ?**

- a. Je n'ai pas de diplôme d'études secondaires/Développement de l'éducation générale ou j'ai besoin d'aide pour lire et écrire.
- b. J'ai un diplôme d'études secondaires/Développement de l'éducation générale, mais la langue est un obstacle.
- c. J'ai un diplôme d'études secondaires/Développement de l'éducation générale, mais j'ai besoin d'études/de formations supplémentaires pour améliorer ma situation professionnelle.
- d. J'ai suivi les études/formations nécessaires à l'emploi.
- e. Je suis actuellement au lycée ou dans un établissement d'enseignement/de formation.

**8. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre couverture concernant les soins de santé ?**

- a. Je n'ai pas de couverture médicale et j'ai besoin d'une couverture le plus tôt possible.
- b. Je n'ai aucune couverture médicale et je n'ai aucun besoin immédiat de couverture.
- c. Certains membres de mon foyer (comme les enfants) bénéficient d'une couverture médicale, mais j'aimerais avoir de l'aide pour comprendre comment l'utiliser.
- d. Certains membres de mon foyer (comme les enfants) bénéficient d'une couverture médicale et nous comprenons comment l'utiliser.
- e. Tous les membres de mon foyer sont couverts par une assurance maladie abordable, mais j'aimerais avoir de l'aide pour comprendre comment l'utiliser.
- f. Tous les membres de mon foyer sont couverts par une assurance maladie abordable et nous comprenons comment l'utiliser.

**9. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant les transports ?**

- a. Je n'ai aucun accès aux transports.
- b. J'ai une voiture mais je ne peux pas la conduire ou elle n'est pas fiable.
- c. J'utilise les transports en commun ou le vélo, mais c'est peu pratique ou limité.
- d. Je n'ai pas besoin d'aide pour le transport.

**10. Avez-vous besoin de ressources liées au bien-être mental ?**

- a. Oui, j'ai besoin d'aide pour mon bien-être mental.
- b. Non, je n'ai pas besoin d'aide pour mon bien-être mental.

**11. Avez-vous besoin de ressources liées à la consommation de substances ?**

- a. Oui, j'ai besoin de ressources concernant les violences familiales.
- b. Non, je n'ai pas besoin de ressources concernant les violences familiales.

**12. Avez-vous besoin de ressources liées à la violence domestique ?**

- a. Oui, j'ai besoin de ressources concernant les violences familiales.
- b. Non, je n'ai pas besoin de ressources concernant les violences familiales.

**13. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation en matière de soins aux personnes âgées et/ou handicapées ?**

- a. J'ai un besoin immédiat d'aide, soit pour moi-même, soit pour quelqu'un dont je prends soin en raison de son âge ou d'un handicap.
- b. Moi-même ou une personne dont je m'occupe pourrais avoir besoin d'aide pour les soins en raison de l'âge ou d'un handicap.
- c. Je n'ai pas besoin d'aide pour les soins aux personnes âgées/handicapées.

**14. Qu'est-ce qui décrit le mieux l'expérience scolaire de vos enfants ?**

- a. J'ai un ou plusieurs enfants d'âge scolaire qui ne sont pas scolarisés.
- b. Mon ou mes enfants sont inscrits à l'école mais n'y vont que de temps en temps.
- c. Mon ou mes enfants sont inscrits et vont en classe la plupart du temps ou tout le temps.
- d. Je n'ai pas d'enfants en âge scolaire.

**15. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre capacité à répondre quotidiennement à vos besoins fondamentaux ?**

- a. Je n'ai pas la capacité de subvenir à mes besoins fondamentaux comme la nourriture, les vêtements ou un endroit où me laver régulièrement.
- b. Je peux répondre à quelques-uns de mes besoins fondamentaux, mais pas à tous.
- c. Je suis capable de satisfaire la plupart de mes besoins fondamentaux, mais pas la totalité.
- d. Je suis capable de subvenir quotidiennement à tous mes besoins fondamentaux.

**Cabinet du Commonwealth du Kentucky pour la  
santé et les services familiaux  
Division des services communautaires  
(Department for Community Based Services)**

**16. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos liens sociaux et vos relations avec des amis ?**

- a. Je suis isolé et/ou je ne souhaite pas interagir avec les gens.
- b. J'aimerais m'impliquer davantage auprès de la famille ou des groupes, mais j'ai besoin de plus d'informations ou de soutien.
- c. Je bénéficie d'un solide soutien familial/social et/ou je suis activement impliqué dans ma communauté ou dans des groupes de soutien.

**17. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre besoin d'assistance juridique ?**

- a. J'ai un ou plusieurs mandats en cours ou des accusations sont en cours.
- b. Je respecte pleinement les conditions de probation ou de libération conditionnelle.
- c. Je n'ai aucun antécédent criminel et je n'ai eu aucune implication dans la justice pénale depuis plus de 12 mois.

**18. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos compétences parentales ?**

- a. J'ai besoin de ressources pour améliorer mes compétences parentales.
- b. Mes compétences parentales sont adéquates ou bien développées.
- c. Je n'ai pas d'enfants.