

## Important

### Options de format de l'avis à la disposition des demandeurs aveugles ou malvoyants

Si vous êtes aveugle ou malvoyant(e) et souhaitez obtenir des informations dans un autre format, sélectionnez le type de courrier que vous souhaitez recevoir de notre part. Veuillez renvoyer ce formulaire accompagné de votre demande.

- Avis normal et avis imprimé en gros caractères
- Avis normal et avis sur CD de données
- Avis normal et avis sur CD audio
- Avis normal et avis en braille, si vous attestez qu'aucun des autres formats proposés ne vous sera d'utilité

Si vous avez besoin d'un autre type d'aménagement, veuillez prendre contact avec votre district des services sociaux.

**LES DEMANDES EN FAVEUR DE PRESTATIONS GÉRÉES PAR LE PROGRAMME MEDICAID DE L'ÉTAT DE NEW YORK (COMME LE PROGRAMME D'ÉPARGNE MEDICARE ET LE PROGRAMME DE PRESTATIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE) SONT DISPONIBLES AUX FORMATS SUIVANTS : GROS CARACTÈRES ET DONNÉES. LES VERSIONS AUDIO ET RÉDIGÉES EN BRAILLE DES DEMANDES SONT DISPONIBLES À TITRE INFORMATIF UNIQUEMENT.**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur/de la demandeuse adulte ou de son/sa représentant(e) légal(e)      Date

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du demandeur/de la demandeuse (en caractères d'imprimerie)

## Important

### Options de format de l'avis à la disposition des demandeurs aveugles ou malvoyants

Si vous êtes aveugle ou malvoyant(e) et souhaitez obtenir des informations dans un autre format, sélectionnez le type de courrier que vous souhaitez recevoir de notre part. Veuillez renvoyer ce formulaire accompagné de votre demande.

- Avis normal et avis imprimé en gros caractères
- Avis normal et avis sur CD de données
- Avis normal et avis sur CD audio
- Avis normal et avis en braille, si vous attestez qu'aucun des autres formats proposés ne vous sera d'utilité

Si vous avez besoin d'un autre type d'aménagement, veuillez prendre contact avec votre district des services sociaux.

**LES DEMANDES EN FAVEUR DE PRESTATIONS GÉRÉES PAR LE PROGRAMME MEDICAID DE L'ÉTAT DE NEW YORK (COMME LE PROGRAMME D'ÉPARGNE MEDICARE ET LE PROGRAMME DE PRESTATIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE) SONT DISPONIBLES AUX FORMATS SUIVANTS : GROS CARACTÈRES ET DONNÉES. LES VERSIONS AUDIO ET RÉDIGÉES EN BRAILLE DES DEMANDES SONT DISPONIBLES À TITRE INFORMATIF UNIQUEMENT.**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur/de la demandeuse adulte ou de son/sa représentant(e) légal(e)      Date

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du demandeur/de la demandeuse (en caractères d'imprimerie)