



Système de paiements et de frais (SOPAF) du programme ESIT
**Capacité à payer/Frais mensuels de participation/
Exemption pour difficultés financières**

Date _____ Agence prestataire ESIT _____

Nom du FRC/membre du personnel ESIT _____ Numéro de téléphone _____

Section A : Informations d'identification

Nom légal de l'enfant _____ Date de naissance _____

Nom du parent/tuteur 1 _____ Téléphone _____

Nom du parent/tuteur 2 _____ Téléphone _____

Ne pas remplir si la famille bénéficie de Medicaid ou du programme d'assurance maladie pour enfants
(Children's Health Insurance Program, CHIP) Apple Health et a donné son consentement à la facturation.

Section B : Motif de l'évaluation de la capacité à payer (cocher une case)

- ☐ La famille s'est vu refuser l'accès à Apple Health for Kids CHIP, à TRICARE ou à une assurance privée.
- ☐ La famille n'a pas d'assurance.
- ☐ La famille a demandé une évaluation de sa capacité à payer.
- ☐ La famille a accès à TRICARE ou à une assurance privée, et (cocher une case).
- ☐ Aucune couverture pour **TOUS** les services du plan individualisé de services à la famille
(Individualized Family Service Plan, IFSP) soumis à la participation financière de la famille (Family
Cost Participation, FCP).
- ☐ Remboursement refusé pour **TOUS** les services de l'IFSP soumis à la FCP.
- ☐ Le prestataire est hors réseau.

Passer à la section D

Section C : Refus de fournir les informations sur les revenus et les dépenses

- ☐ La famille a refusé de fournir les informations sur les revenus et les dépenses ; elle sera placée au niveau
le plus élevé du barème des frais mensuels correspondant à la taille de sa famille et ne pourra pas bénéficier
d'une exemption pour difficultés financières.

Passer à la section H

Section D : Revenu annuel du foyer

Fournir un justificatif de revenus pour les douze derniers mois ou pour l'année fiscale précédente. Un seul type
de document sera nécessaire pour prouver les revenus ; le justificatif ne sera pas conservé dans le dossier de
l'enfant.

✓	Type de document (sélectionner un)	Revenu annuel
☐	Déclaration fiscale la plus récente auprès du Service des impôts des États-Unis (Internal Revenue Service [IRS]) (revenu brut)	
☐	Fiches de paie des mois les plus récents (revenu brut)	
☐	Formulaire(s) W2 le(s) plus récent(s) (revenu brut)	

☐	Déclaration écrite jointe indiquant le salaire ou la rémunération (<i>Doit inclure le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'entreprise ou de l'employeur, ainsi que la signature du responsable hiérarchique ou du personnel des ressources humaines.</i>)	
☐	Déclaration écrite ou orale des revenus fournie par la famille. (<i>Autorisée si la famille n'a pas accès aux autres documents indiqués ci-dessus.</i>)	
	Revenu annuel admissible total	\$ 0.00

Section E : Dépenses annuelles admissibles

Fournir les justificatifs des dépenses non remboursées engagées pour l'enfant et/ou d'autres membres de la famille au cours des douze derniers mois. Ces justificatifs ne seront pas conservés dans le dossier de l'enfant.

Catégories de dépenses annuelles admissibles non remboursées	Montant des dépenses
Dépenses médicales, dentaires et de santé mentale, y compris les primes, les copaiements, la coassurance, les franchises et les services médicaux non couverts	
Soins de santé à domicile fournis par une agence agréée de soins à domicile	
Versements de pension alimentaire pour enfant/pension alimentaire entre ex-conjoints	
Frais de garde d'enfants (<i>engagés pendant le travail ou les études</i>)	
Total des dépenses annuelles admissibles	\$ 0.00

Section F : Revenu annuel ajusté, taille de la famille et seuil fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL)

Type de document (<i>sélectionner un</i>)	Revenu annuel
1. Total des revenus annuels admissibles (<i>comme indiqué à la section D</i>) :	\$ 0.00
2. Dépenses annuelles admissibles (<i>comme indiqué à la section E</i>) :	\$ 0.00
3. Revenu ajusté (<i>ligne 1 moins ligne 2</i>) :	\$ 0.00
4. Taille de la famille : Tous les membres de la famille vivant au domicile de l'enfant :	
5. Pourcentage du FPL de la famille selon le barème des frais mensuels (<i>utiliser les lignes 3 et 4</i>) :	

Section G : Évaluation de la capacité à payer (*cocher une case*)

- ☐ La famille répond aux critères d'incapacité à payer si la ligne 5 est inférieure à 200 % du seuil fédéral de pauvreté pour la taille de la famille et recevra tous les services gratuitement.
- ☐ La famille répond aux critères de capacité à payer si la ligne 5 est supérieure à 200 % du seuil fédéral de pauvreté pour la taille de la famille. La famille est responsable de tout copaiement, de toute coassurance, de toute franchise ou des frais mensuels de participation (déterminés ci-dessous). **Si la famille n'est toujours pas en mesure de payer, remplir la section J : Exemption pour difficultés financières.**

Section H : Motif des frais mensuels de participation (*cocher une case*)

- ☐ La famille s'est vu refuser l'accès à Apple Health for Kids CHIP, à TRICARE ou à une assurance privée.
- ☐ La famille n'a pas d'assurance.
- ☐ La famille choisit de payer les frais mensuels de participation.
- ☐ La famille a accès à TRICARE ou à une assurance privée, et (*cocher une case*).
- ☐ Aucune couverture pour **TOUS** les services de l'IFSP soumis à la FCP.
- ☐ Remboursement refusé pour **TOUS** les services de l'IFSP soumis à la FCP.
- ☐ Le prestataire est hors réseau.
- ☐ La famille a refusé de fournir les informations sur les revenus et les dépenses et n'est pas admissible à une exemption pour difficultés financières.

Section I : Frais mensuels de participation

Les frais mensuels de participation ne dépasseront pas le coût réel des services. Il s'agit d'un montant forfaitaire pour **tous** les services inscrits dans l'IFSP de l'enfant soumis à la FCP ; ils correspondent au montant maximal facturé quel que soit le nombre d'enfants inscrits aux services.

Revenu ajusté (ligne F3 ci-dessus)	\$ 0.00
Taille de la famille : (ligne F4 ci-dessus)	
Frais mensuels de participation selon le barème mensuel des frais	
La famille souhaite demander une exemption pour difficultés financières	☐ Oui ☐ Non

Section J : Exemption pour difficultés financières

Il a été déterminé que la famille a la capacité à payer, mais qu'elle n'est pas en mesure de satisfaire à son obligation de participation financière de la famille en raison d'une situation particulière, **y compris, sans s'y limiter, les circonstances suivantes : (cocher toutes les cases applicables)**

- ☐ Un changement dans les revenus ou les dépenses.
- ☐ Toute dépense médicale importante et/ou continue.
- ☐ Un changement de situation professionnelle (p. ex., perte d'emploi ou réduction des heures).
- ☐ Un événement de vie important (p. ex., divorce, rupture de relation, blessure, maladie ou décès dans la famille).
- ☐ Une situation d'urgence ou une catastrophe naturelle.
- ☐ Des paiements de loyer ou de prêt immobilier dont le coût mensuel, y compris les services publics à l'exception du téléphone, dépasse 30 % du revenu mensuel du foyer.
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

En signant, j'atteste par la présente que :

- Les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.
- J'accepte d'informer mon coordonnateur des ressources familiales (Family Resources Coordinator, FRC) ou mon prestataire de services de soutien précoce aux nourrissons et aux tout-petits (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) de tout changement dans ma situation.
- Mon FRC m'a expliqué le système de paiements et de frais (System of Payments and Fees, SOPAF) et m'a remis une copie de la politique SOPAF.
- Je comprends que l'évaluation de ma capacité à payer et/ou mon exemption pour difficultés financières sera réexaminée chaque année, sauf si ma situation change avant la date de réexamen.

Signature(s) du/des parent(s)/tuteur(s)

Signature du parent/tuteur 1 _____ Date _____

Signature du parent/tuteur 2 _____ Date _____

En signant, j'atteste que les informations fournies, examinées et consignées dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes et complètes.

Signature du FRC/membre du personnel ESIT

Signature du FRC ou du membre du personnel ESIT _____ Date _____