

Form M - Ryan White Part B Program

Instruções da Candidatura



O Ryan White Part B Program dá apoio a pessoas com baixos rendimentos que vivam com VIH/SIDA no Maine.

<p>Utilize esta candidatura para se candidatar a apoio no pagamento de um seguro dentário.</p>	<p>O apoio dentário está disponível para pessoas com VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que residam no Maine; • que tenham um rendimento inferior a 350% do nível de pobreza federal (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); • que não consigam obter ajuda em mais lado nenhum; E • que não tenham atingido o limite anual.
<p>Do que precisa para se candidatar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preencha e assine a candidatura de uma página • Anexe a sua factura do seguro dentário e o formulário de divulgação do DHHS para que possamos falar com a companhia de seguros onde tem o seu seguro dentário, caso tenhamos dúvidas sobre o pagamento • Se utilizou os fundos do Ryan White Part B Program para pagar um seguro dentário no passado, terá de comprovar que fez as suas limpezas dentárias
<p>Como se candidatar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envie a sua candidatura preenchida e os respectivos anexos para: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498
<p>O que se segue?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preencha a candidatura de forma completa e clara. Não podemos processar candidaturas com informação em falta. (A sua ID no Ryan White Program é o mesmo número do DHS que utiliza para o ADAP.) • Assim que recebermos a sua candidatura completa, irá receber uma carta a informá-lo se o pagamento foi aprovado ou recusado. • O processamento da candidatura dura, em média, dez dias úteis. Se não for contactado no prazo de dez dias úteis, ligue-nos.
<p>Obter ajuda com esta candidatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telefone: (207) 287-3747. Os utilizadores TTY devem contactar Maine Relay 711 • Fax: (207) 287-3498 • E-mail: RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov

Em conformidade com o ponto 22, parágrafo 15 dos Estatutos Revistos do Maine, qualquer pessoa que preste conscientemente declarações falsas por escrito, ou envie conscientemente documentos falsos para receber benefícios concedidos pelo Departamento pode enfrentar sanções civis pelo Estado do Maine no Supremo Tribunal, as quais podem incluir, entre outras, a recuperação de tais fundos desembolsados.

Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine

AVISO DE NÃO-DISCRIMINAÇÃO

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos ("DHHS") não discrimina com base na incapacidade, raça, cor, sexo, género, orientação sexual, idade, nacionalidade, crença religiosa ou política, ascendência, estado familiar ou civil, informação genética, associação, declaração prévia de uma reivindicação ou direito, ou atividade de denúncia, aquando da admissão ou acesso a, ou ao funcionamento das suas apólices, programas, serviços ou atividades, ou em práticas de contratação ou emprego. Este aviso é dado conforme requerido por e em conformidade com o Título II da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência de 1990 ("ADA"); Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964, tal como alterada; Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, tal como alterada; Lei de Discriminação com Base na Idade de 1975; Título IX das Alterações ao Ensino de 1972; Secção 1557 da Lei de Cuidados de Saúde Acessíveis; Lei de Direitos Humanos do Maine; Decreto-Lei sobre os Contratos de Serviços do Estado do Maine; e todas as outras leis e regulamentos que proíbem tal discriminação. Quaisquer dúvidas, preocupações, queixas ou pedidos de informação adicional em relação ao ADA e às práticas *de contratação ou emprego* podem ser dirigidos ao DHHS Coordenadores do ADA/EEO, para 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-4289 (V); 207-287-1871(V); ou Maine Relay 711 (TTY). Quaisquer dúvidas, preocupações, queixas ou pedidos de informação adicional em relação ao ADA e aos *programas, serviços ou actividades* podem ser dirigidos ao DHHS ADA/Coordenador dos Direitos Civis, para 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-3707 (V); Maine Relay 711 (TTY); ou ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov. As queixas relativas a direitos civis também podem ser apresentadas junto do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Gabinete de Direitos Civis, por telefone, ligando para 800-368-1019 ou 800-537-7697 (TDD); por correio, enviando uma carta para 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201; ou por via eletrónica, em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Recomenda-se aos indivíduos que necessitem de apoio auxiliar para uma comunicação eficaz nos programas e serviços do DHHS que informem o ADA/Coordenador dos Direitos Civis das suas necessidades e preferências. Este aviso está disponível em formatos alternativos, mediante pedido.

Form M - Ryan White Part B Program

Instruções da Candidatura



1. Informação do Cliente

Nome: _____ ID no Ryan White Program: DHS

O rendimento do seu agregado familiar aumentou nos últimos seis meses? Não Sim, \$ _____ por mês

2. Informação do seguro

Companhia do seguro dentário: _____

Morada para pagamento:

Número de conta (se aplicável): _____

Data de início do prémio: ___ / ___ / ___

Data de término do prémio: ___ / ___ / ___

Valor solicitado: \$ _____

3. Anexos

Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.

Anexe:

- A sua factura de seguro dentário
 - O comprovativo das limpezas dentárias do ano passado, se utilizou o apoio do Ryan White Part B Program para um seguro dentário no passado
- O formulário da Autorização para Divulgar Informação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com a informação da companhia de seguros do seu seguro dentário

4. Acordo do Cliente

Não tenho seguro dentário. Preciso de ajuda para pagar um seguro dentário. Concordo em usá-lo para pelo menos duas limpezas dentárias no próximo ano. Compreendo que posso perder o meu apoio dentário do Ryan White Program, se não comparecer a estas consultas. Compreendo que quaisquer reembolsos por pagamentos feitos pelo Ryan White Part B Program devem ser devolvidos ao Ryan White Part B Program. Toda a informação que partilhei neste formulário é verdadeira.

Nome impresso

Assinatura

Data

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

Amount used to date: \$

End date:

FPL:

Approved. Not approved. Reason:

Staff initials: