

Form P - Programa Ryan White Part B

Instruções para a solicitação



O Programa Ryan White Part B auxilia as pessoas com baixa renda que vivem com HIV/AIDS em Maine

<p>Use o presente formulário para solicitar auxílio emergencial para pagar por aquecimento.</p>	<p>A ajuda financeira para pagar por aquecimento está disponível para pessoas com HIV/AIDS que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moram em Maine, • ganham menos do que 350% da linha de pobreza federal (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); • usaram todo o auxílio tradicional do programa Ryan White Part B destinado a moradia e alimentação; • e TAMBÉM não obteve ajuda junto a nenhum outro recurso.
<p>Do que você precisa para solicitar o auxílio:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preencha o formulário. • Anexe uma cópia da conta de energia que gostaria que nós pagássemos e o formulário de consentimento para nos autorizar a falar com quem receberá o pagamento, em caso de dúvida. • Não podemos pagar por taxas de reconexão do serviço de aquecimento ou multas. • Não podemos pagar por mais do que um tanque cheio de combustível para o aquecimento.
<p>Como solicitar o auxílio:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envie o formulário preenchido e os respectivos anexos para: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498
<p>O que acontece agora?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preencha o formulário de maneira completa e clara. Não poderemos processar os pedidos se alguma informação estiver faltando. (Seu número de ID do Ryan White é o mesmo número do DHS que você usa para ADAP.) • Depois que recebermos o formulário preenchido, você vai receber uma carta comunicando se o pagamento foi ou não aprovado. • Aguarde dez dias úteis para o processamento da sua solicitação. Se você não receber notícias depois de dez dias úteis, ligue para nós.
<p>Ajuda com o formulário de solicitação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telefone: (207) 287-3747. usuários TTY podem discar 711 para acessar o Maine Relay • Fax: (207) 287-3498 • E-mail: RyanWhitePartB@maine.gov

De acordo com MRS 22, parágrafo 15, qualquer indivíduo que conscientemente fizer declarações falsas por escrito ou enviar documentos falsos para receber benefícios do Departamento poderá enfrentar penas civis impostas pelo Estado de Maine no Tribunal Superior, o que pode incluir, entre outras penas, a recuperação dos 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 P - Programa Ryan White Part B

Assistência emergencial com aquecimento



1. Informações sobre o cliente

Nome: _____ ID do programa Ryan White: DHS

A renda do seu domicílio aumentou nos últimos seis meses? Não Sim, em US\$ _____ por mês

2. Informações sobre a solicitação

Quantia solicitada para assistência com aquecimento: US\$ _____

Cheque em nome de: _____

Endereço para o pagamento:

Número da conta (se for o caso): _____

3. Pagamento como último recurso

O auxílio do programa Ryan White só é disponibilizado quando não há ajuda de outros programas ou assistências.

Você já solicitou LIHEAP? Sim Não Não me qualifico Não tenho certeza

Descreva porque outros auxílios não estão disponíveis ou porque você não poderia usar de outros recursos para satisfazer as suas necessidades:

4. Anexos

A presente solicitação não será considerada completa sem os anexos necessários.

Anexe o seguinte:

- Conta ou declaração de cobrança que indique o nome do(a) cliente (não pode ter mais de 90 dias) **E TAMBÉM**
- O formulário "Maine Department of Health and Human Services Authorization to Release Information" (Autorização para liberação de informações ao Departamento de Serviços Sociais e de Saúde em Maine) preenchido com os dados de quem receberá o pagamento

5. Acordo com o cliente

Compreendo que qualquer reembolso por pagamentos efetuados pelo Programa Ryan White Part B precisarão ser devolvidos ao Programa Ryan White Part B. As informações fornecidas no presente formulário são verdadeiras.

Nome em letra de forma

Assinatura

Data

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

Amount of RWB used to date: \$

End date:

FPL:

Approved. Not approved. Reason:

Staff initials: