

Formulaire Q - Programme Ryan White Part B

Instructions relatives à la demande



Le Ryan White Part B Program aide les personnes à faible revenu vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.

<p>Utilisez cette application pour demander une carte alimentaire. Vous pouvez en faire la demande jusqu'à une fois par mois.</p>	<p>Des cartes alimentaires sont disponibles pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vivent dans le Maine ; • moins de 350% du niveau fédéral de pauvreté (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); • ne peuvent obtenir d'aide ailleurs; ET • n'ont pas atteint les plafonds mensuels et annuels.
<p>Comment présenter une demande :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir et signer la demande d'une page
<p>Comment postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyez votre demande dûment remplie à : Ryan White Maine Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
<p>Que se passe-t-il ensuite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez la demande complètement et clairement. Nous ne pouvons pas traiter les demandes avec des renseignements manquants. (Votre Ryan White ID est le même numéro DHS que vous utilisez pour ADAP.) • Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une carte alimentaire par la poste ou une lettre expliquant pourquoi votre demande a été refusée. • Veuillez prévoir jusqu'à dix jours ouvrables pour le traitement de votre demande. Si vous n'avez pas de nouvelles de nous dans dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.
<p>Obtenez de l'aide avec cette application</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs TTY appellent le relais 711 du Maine • Fax : (207) 287-3498 • E-mail : RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov

Conformément aux dispositions du paragraphe 15 de l'article 22 des MRS, toute personne qui présente sciemment de fausses déclarations écrites ou de faux documents afin de recevoir des prestations du Ministère, peut subir des sanctions civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, et qui peuvent aller jusqu'au recouvrement de ces fonds déboursés.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine AVIS DE NON DISCRIMINATION

Le ministère de la Santé et des Services à la personne (DHHS) ne fait pas de discrimination fondée sur l'incapacité, la race, la couleur, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine nationale, les convictions religieuses ou politiques, l'ascendance, l'état familial ou matrimonial, l'information génétique, l'association, l'affirmation antérieure d'une revendication ou d'un droit, ou d'une activité de dénonciation, dans l'admission ou l'accès à ses politiques, programmes, services ou activités, ou dans ses pratiques d'embauche ou d'emploi. Le présent avis est fourni conformément au titre II de la loi de 1990 sur les Américains handicapés (« ADA »), au titre VI de la loi sur les droits civils de 1964, dans sa version modifiée, à l'article 504 de la loi de 1973 sur la réhabilitation, dans sa version modifiée, à loi sur la discrimination fondée sur l'âge de 1975. Titre IX des Amendements sur l'éducation de 1972; article 1557 de la loi sur les soins abordables ; la loi sur les droits de l'homme du Maine ; Décret exécutif concernant les contrats de services de l'État du Maine ; et toutes les autres lois et règlements interdisant cette discrimination. Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes de renseignements supplémentaires concernant l'ADA et *les pratiques d'embauche ou d'emploi* peuvent être transmises aux coordonnateurs de l'ADA/EEO du DHHS au 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-4289 (V); 207-287-1871 (V); ou relais 711 du Maine (TTY). Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes de renseignements supplémentaires concernant l'ADA et *programmes, services ou activités* peuvent être transmises au coordonnateur de l'ADA/des droits civils du DHHS, au 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-3707 (V); Maine Relay 711 (TTY); ou ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov. Les plaintes relatives aux droits civils peuvent également être déposées auprès du Department of Health and Human Services des États-Unis, Office of Civil Rights, par téléphone au 800-368-1019 ou au 800-537-7697 (TDD); par courrier au 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201; ou électroniquement au <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Les personnes qui ont besoin d'aides auxiliaires pour communiquer efficacement dans les programmes et les services du DHHS sont invitées à faire connaître leurs besoins et leurs préférences au coordonnateur de l'ADA/des droits civils. Cet avis est disponible en médias substituts, sur demande.

Formulaire Q - Programme Ryan White Part B

Demande d'aide alimentaire



1. Informations sur le client

Nom : _____ Ryan White ID : DHS _____

Carte d'alimentation préférée : _____

Quel est le mois de cette carte ?

Hannaford/Shop N Save

Shaw's

Panier de marché

Adresse pour l'envoi de la carte d'alimentation : _____

Le revenu de votre ménage a-t-il augmenté au cours des six derniers mois ? Non Oui, de _____ dollars par mois

2. Le payeur de Last Resort

Vous devez répondre à toutes les questions de cette section. Ce formulaire vous sera renvoyé si vous ne le remplissez pas.

Avez-vous accès à une aide supplémentaire pour l'alimentation ? Non Oui: _____

veuillez décrire

Recevez-vous des prestations SNAP (bons d'alimentation) ? Non Oui, _____ dollars par mois

Are you able to access your local food pantry ? Non Oui

3. Contrat du client

Je comprends que je peux obtenir une aide alimentaire de 50 dollars du programme Ryan White jusqu'à une fois par mois, dans la limite des fonds disponibles et tant que je n'ai pas atteint le plafond global de 600 dollars par an. Je comprends que les cartes alimentaires Ryan White ne peuvent pas être utilisées pour acheter de l'alcool, du tabac ou des produits non alimentaires Je comprends que je peux perdre l'aide alimentaire de Ryan White si je n'utilise pas cette carte comme prévu. **Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont exactes.**

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Utilisation au bureau uniquement :

Date reçue :

Date d'achèvement :

Date d'inscription :

Montant utilisé à ce jour : \$

Date d'expiration :

FPL :

Carte reçue ce mois-ci ? Y N Approuvé. Non approuvé Raison:

Initiales du personnel :