

Form Q - 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.

Utilize esta candidatura para se candidatar a um cartão de alimentação. Pode candidatar-se uma vez por mês.	Os cartões de alimentação estão disponíveis para pessoas com VIH/SIDA: <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 os limites mensais e anuais.
Do que precisa para se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Preencha e assine a candidatura de uma página
Como se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Envie a sua candidatura completa para: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498
O que se segue?	<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 um cartão de alimentação por correio, ou uma carta a explicar por que motivo o seu pedido foi recusado.• O processamento da candidatura dura, em média, dez dias úteis. Se não for contactado no prazo de dez dias úteis, ligue-nos.
Obter ajuda com esta candidatura	<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, gênero, 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 Q - Ryan White Part B Program

Candidatura ao Apoio Alimentar



1. Informação do Cliente

Nome: _____ ID no Ryan White Program: DHS _____

Cartão de alimentação preferido: _____ Mês para o que solicita o cartão: _____

- Hannaford/Shop N Save
- Shaw's
- Market Basket

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

2. Pagador de última alternativa

Todas as perguntas desta secção devem ser respondidas. Se não preencher este formulário, o mesmo ser-lhe-á novamente enviado.

O apoio do Ryan White Program só está disponível quando nenhum outro programa ou apoio pode ajudar.

Descreva por que não há mais ajuda disponível, ou por que não é suficiente para atender às suas necessidades:

Quanto é que recebe em benefícios SNAPs (senhas de alimentação) por mês?

Com que frequência pode ir ao seu posto de alimentação local, ou por que não consegue lá ir? Antes de pedir a nossa ajuda, esperamos que use o seu posto de alimentação local, caso seja possível.

3. Acordo do Cliente

Compreendo que posso receber 50 \$ para apoio alimentar do Ryan White Program, uma vez por mês, conforme disponibilidade dos fundos, e desde que não tenha atingido o limite anual global de 600 \$.

Compreendo que os cartões de alimentação do Ryan White Program não podem ser usados para álcool, tabaco ou produtos não alimentares. Compreendo que posso perder o meu apoio alimentar do Ryan White Program, se não usar este cartão conforme previsto.

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:

Rec'd card this month? Y N Approved. Not approved. Reason:

Staff initials: