

# Form O - Ryan White Part B Program

## Instructions de candidature



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

<p><b>Utilisez cette application pour demander de l'aide pour payer les factures de logement ou de services publics pour les services dans les 90 jours.</b></p>	<p>Une aide au logement est disponible pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vivent dans le Maine ;</li> <li>• moins de 300% du niveau fédéral de pauvreté (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>);</li> <li>• ne peuvent obtenir d'aide ailleurs; ET</li> <li>• n'ont pas atteint un plafond annuel.</li> </ul>
<p><b>Comment présenter une demande :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez la demande de deux pages.</li> <li>• Joignez une copie de la facture ou de l'estimation que vous voulez payer et un formulaire de libération pour nous permettre de parler à la personne que nous payons s'il y a des questions au sujet du paiement.</li> <li>• Nous ne pouvons pas payer de frais de reconnexion ou de financement.</li> <li>• Nous ne pouvons pas payer plus qu'un plein de carburant.</li> </ul>
<p><b>Comment postuler :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envoyez votre demande dûment remplie et vos pièces jointes à :  <b>Ryan White Maine Program</b>  <b>40 State House Station</b>  <b>Augusta, ME 04330</b>  <b>Fax : (207) 287-3498</b></li> </ul>
<p><b>Que se passe-t-il ensuite ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez les deux pages de la demande de façon complète et claire. 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.)</li> <li>• Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une lettre vous indiquant si le paiement a été approuvé ou refusé.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Obtenez de l'aide avec cette application</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs TTY appellent le relais 711 du Maine</li> <li>• Fax : (207) 287-3498</li> <li>• E-mail : <a href="mailto:RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov">RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov</a></li> </ul>

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.

## AVIS DE NON-DISCRIMINATION du Ministère de la santé et des services sociaux du Maine

---

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](mailto: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.

# Form O - Ryan White Part B Program

## Demande d'aide au logement



Date : \_\_\_\_\_

### 1. Renseignements sur le client

Nom : \_\_\_\_\_ Ryan White ID : DHS \_\_\_\_\_

Le revenu de votre ménage a-t-il augmenté au cours des six derniers mois ?  Non  Oui, sur \$ \_\_\_\_\_ par mois

### 2. Demande de renseignements

Montant de l'aide demandée : \$ \_\_\_\_\_

L'aide est pour (cocher une réponse) :

- Électricité
- Logement d'urgence ou temporaire pour obtenir ou maintenir des soins médicaux
- Chaleur
- Part du loyer du demandeur, pour le mois de \_\_\_\_\_

Combien de personnes vivent dans le ménage ? \_\_\_\_\_

Faire un chèque à l'ordre de : \_\_\_\_\_

Adresse de paiement :

Numéro de compte ou adresse de location : \_\_\_\_\_

### 3. Payeur de dernier recours

**L'aide de Ryan White n'est offerte que lorsqu'aucun autre programme ou aide ne peut aider. Veuillez expliquer pourquoi aucune autre ressource n'est disponible ou n'est pas suffisante pour répondre à vos besoins :**

**Si le Ryan White Part B Program ne paie pas la totalité du coût des services, comment le reste sera-t-il payé ?**

#### Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

Amount used to date: \$

End date:

FPL:

Approved.  Not approved. Reason:

Staff initials:

#### 4. Plan de logement

Décrivez votre situation actuelle en matière de logement :

- Stable/permanent  
 Logement temporaire  
 Logement instable

Quel est votre plan pour maintenir une situation de vie stable à long terme après cette aide ?

Recevez-vous d'autres aides au logement ?

Type d'aide	Oui	Non	En attente
HOPWA			
Section 8			
Hébergement + soins			
BRAP			
Logement social			
Assistance générale			
LIHEAP			
Autre :			

#### 5. Pièces jointes

**\*Cette demande ne sera pas considérée comme complète sans les pièces jointes requises.\***

Pour obtenir de l'aide en matière de chauffage ou d'électricité, veuillez joindre :

- Facture ou relevé de frais portant le nom du client (ne doit pas dater de plus de 90 jours) ET
- Formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements du ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine rempli avec les renseignements sur le bénéficiaire

Pour obtenir de l'aide pour le loyer ou le logement d'urgence ou temporaire, veuillez joindre :

- Bail, contrat de location ou vérification de la location avec le nom du client sur celui-ci, ET
- Formulaire d'impôt W-9 rempli par le propriétaire, ET
- Formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements du ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine rempli avec les renseignements sur le bénéficiaire

#### 6. Accord du client

Je comprends que tout remboursement des paiements effectués par le Ryan White Part B Program doit être retourné au Ryan White Part B Program. Toutes les informations que j'ai partagées sur ce formulaire sont vraies.

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date