

## Formulário S – 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

<b>Use esta solicitação para solicitar auxílio com o pagamento da mensalidade do Medicare Part D.</b>	<p>A ajuda financeira para pagar pelo plano de saúde está disponível para pessoas com HIV/AIDS que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• moram em Maine,</li><li>• ganham menos do que 500% da linha de pobreza federal (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>); E TAMBÉM</li><li>• não obteve ajuda junto a nenhum outro recurso.</li></ul>
<b>Do que você precisa para solicitar o auxílio:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha e assine o formulário de 1 página</li><li>• Envie a conta do plano de saúde e o formulário de liberação do DHHS para podermos conversar com a seguradora se tivermos alguma pergunta sobre o pagamento</li><li>• O ADAP só pode pagar a mensalidade do Medicare Part D se você não tiver o MaineCare.</li><li>• O pagamento precisa ser efetuado diretamente à seguradora. O ADAP <b>não pode</b> reembolsar os clientes pelas mensalidades abatidas do contracheque.</li></ul>
<b>Como solicitar o auxílio:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envie o formulário preenchido e os respectivos anexos para: <b>Maine Ryan White Program</b> <b>40 State House Station</b> <b>Augusta, ME 04330</b> <b>Fax: (207) 287-3498</b></li></ul>
<b>O que acontece agora?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.)</li><li>• Depois que recebermos o formulário preenchido, você vai receber uma carta comunicando se o pagamento foi ou não aprovado.</li><li>• Aguarde dez dias úteis para o processamento da sua solicitação. Se você não receber notícias depois de dez dias úteis, ligue para nós.</li></ul>
<b>Ajuda com o formulário de solicitação:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Telefone: (207) 287-3747. usuários TTY podem discar 711 para acessar o Maine Relay</li><li>• Fax: (207) 287-3498</li><li>• E-mail: <a href="mailto:RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov">RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov</a></li></ul>

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](mailto: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.

# Formulário S - Ryan White Part B Program

## Solicitação de assistência com mensalidade do Medicare Part D



### 1. Informações sobre o cliente

Nome: \_\_\_\_\_ ID do programa Ryan White: DHS

### 2. Informações sobre o plano de saúde

Seguradora do plano de saúde: \_\_\_\_\_ \*

Endereço para o pagamento:

Quantia da mensalidade: \$ \_\_\_\_\_ Conta / N.º da apólice: \_\_\_\_\_

\* O pagamento precisa ser efetuado diretamente à seguradora.

### 3. Anexos

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

Anexe o seguinte:

- Uma conta da mensalidade do Medicare Part D
- Uma cópia do seu cartão do Medicare Part D
- 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 da sua seguradora do plano de saúde

### 4. Acordo com o cliente

***Coloque as suas iniciais em todas as opções abaixo para receber auxílio com o plano de saúde:***

- \_\_\_\_\_ Compreendo que, se eu tiver MaineCare, o ADAP não poderá pagar pelo Medicare Part D porque o MaineCare efetuará o pagamento.
- \_\_\_\_\_ Compreendo que preciso entrar em contato com o ADAP dentro de 10 dias se houver alguma mudança nos meus dados de contato (endereço ou telefone).
- \_\_\_\_\_ Compreendo que preciso passar pela nova certificação do ADAP a cada ano ou correrei o risco de perder o plano de saúde. Se eu perder o plano de saúde, talvez não possa obter outro plano até o próximo período de inscrição.
- \_\_\_\_\_ Compreendo que preciso enviar para o ADAP uma conta do plano de saúde a cada ano para confirmar a quantia que será paga ou sempre que houver mudança na mensalidade.
- \_\_\_\_\_ Compreendo que, se eu receber cheques da seguradora do plano de saúde por qualquer pagamento a mais das mensalidades e/ou dos co-pagamentos, esse cheque deve ser enviado para o ADAP.
- \_\_\_\_\_ Todas as informações que forneci neste formulário estão corretas.

Nome em letra de forma

Assinatura

Data

Office use only:

Date Received:

Date Received:

Date Received:

End date:

End date:

End date: