

# Form G - 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 l'assurance maladie.</b></p>	<p>L'aide à l'assurance maladie est offerte aux personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vivent dans le Maine ;</li> <li>représentent moins de 500% du niveau fédéral de pauvreté (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>); ET</li> <li>ne peuvent trouver d'aide nulle part ailleurs.</li> </ul>
<p><b>Comment présenter une demande :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplissez et signez la demande d'une page.</li> <li>Envoyez-nous une facture pour votre assurance maladie et le formulaire de décharge DHHS afin que nous puissions parler à votre compagnie d'assurance si nous avons des questions sur le paiement.</li> <li>Le paiement doit être versé directement à la compagnie d'assurance ou à l'employeur. L'ADAP <b>ne peut pas</b> rembourser aux clients les primes déduites des chèques de paie.</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 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.)</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>Veillez 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 substitués, sur demande.

# Form G - Ryan White Part B Program

## Demande d'aide à Primes d'assurance des particuliers



### 1. Renseignements sur le client

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

### 2. Renseignements sur l'assurance

Compagnie d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Montant de la prime mensuelle : \$ \_\_\_\_\_  
Numéro de compte ou de contrat : \_\_\_\_\_  
Date de début du contrat : \_\_\_\_\_

#### Optionnel :

Pour payer votre prime, nous avons besoin d'une facture en cours. Si vous souhaitez que nous utilisions votre portail d'assurance en ligne pour accéder à la facture, veuillez inclure vos renseignements d'ouverture de session ci-dessous :

Nom d'utilisateur : \_\_\_\_\_

Mot de passe : \_\_\_\_\_

### 3. Pièces jointes

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

Veillez joindre :

- Une facture actuelle pour votre assurance maladie
- Formulaires de décharge pour parler à votre compagnie d'assurance maladie
  - **Options de santé communautaire** : Autorisation de divulgation de renseignements médicaux protégés
  - **Harvard Pilgrim**: (1) Autorisation de communiquer des renseignements et (2) représentant désigné
  - **Toute autre assurance** : le formulaire de divulgation de renseignements de la compagnie d'assurance

### 4. Accord du client

**Parapher tous les domaines ci-dessous afin de recevoir de l'aide en matière d'assurance:**

\_\_\_\_\_ Je comprends que je dois communiquer avec ADAP dans les 10 jours si mon adresse, mon numéro de téléphone ou mon revenu change.

\_\_\_\_\_ Je comprends que je dois renouveler mon certificat d'ADAP chaque année, sinon je pourrais perdre mon assurance.

\_\_\_\_\_ Je comprends que ADAP doit payer directement la compagnie d'assurance.

\_\_\_\_\_ Je comprends que je dois remettre à ADAP une facture d'assurance au début de chaque année **et** chaque fois que ma prime change.

\_\_\_\_\_ Je comprends que si je reçois des crédits d'impôt ou des subventions, je dois remplir mes déclarations de revenus fédérales et communiquer avec CoverME.gov lorsque mon revenu change. Si je reçois un remboursement pour un trop-payé de primes, je dois le rembourser à ADAP. Si je dois de l'impôt pour paiement insuffisant des primes, je communiquerai avec ADAP pour les payer.

\_\_\_\_\_ Je comprends que si je reçois des chèques de mon assurance pour le paiement en trop des primes et/ou des quotes-parts que le chèque doit être envoyé à l'ADAP, et je devrais signer le verso « payer à Medical Care Development ».

\_\_\_\_\_ Je comprends que si je perds mon assurance, je ne pourrai peut-être pas obtenir d'assurance avant la prochaine période d'adhésion ouverte.

\_\_\_\_\_ Tous les renseignements que j'ai fournis sur ce formulaire sont vrais.

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

#### Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

End date:

Approved.  Not approved. Reason:

Staff initials: