

Form G - 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.

<p>Utilize esta candidatura para se candidatar a apoio no pagamento de um seguro de saúde.</p>	<p>O apoio ao seguro de saúde está disponível para pessoas com VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que residam no Maine; • que tenham um rendimento inferior a 500% do limite de pobreza federal (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); E • que não consigam obter ajuda em mais lado nenhum.
<p>Do que precisa para se candidatar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preencha e assine a candidatura de uma página. • Envie-nos uma factura do seu seguro de saúde e o formulário de divulgação do DHHS para que possamos falar com a sua companhia de seguros, caso tenhamos dúvidas sobre o pagamento. • O pagamento deve ser feito directamente à companhia de seguros ou ao empregador. O ADAP não pode reembolsar clientes por prémios deduzidos dos seus vencimentos.
<p>Como se candidatar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envie a sua candidatura preenchida e os respectivos anexos para: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498
<p>O que se segue?</p>	<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 uma carta a informá-lo se o pagamento foi aprovado ou recusado. • O processamento da candidatura dura, em média, dez dias úteis. Se não for contactado no prazo de dez dias úteis, ligue-nos.
<p>Obter ajuda com esta candidatura</p>	<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, 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. 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 G - Ryan White Part B Program

Requerimento para Apoio com Prémios de seguros individuais privados



1. Informação do Cliente

NOME: _____ ID no Ryan White Program: DHS

2. Informação do seguro

Companhia de seguros: _____

Conta do prémio mensal: \$ _____

Número de conta/apólice: _____

Data de início da apólice: _____

Opcional:

Para pagar o seu prémio precisamos de uma factura actual. Se prefere que utilizemos o seu portal de seguros online para aceder à factura, inclua abaixo os seus dados de início de sessão:

Nome do utilizador: _____

Palavra-passe: _____

3. Anexos

Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.

Anexe:

- Uma factura actual do seu seguro de saúde
- Formulários de divulgação para podermos falar com a sua companhia de seguros
 - **Opções de saúde comunitária:** Autorização de divulgação de informação de saúde protegida
 - **Harvard Pilgrim:** (1) Autorização do membro para a divulgação de informação e (2) Representante designado
 - **Qualquer outro seguro:** o formulário de divulgação de informação da companhia de seguros

4. Acordo do Cliente

Introduza as suas iniciais em todas as áreas abaixo para receber apoio ao seguro:

- ___ Compreendo que tenho de contactar o ADAP no prazo de 10 dias, se houver alterações na minha morada, número de telefone ou rendimento.
- ___ Compreendo que tenho de fazer a re-certificação do ADAP todos os anos, ou poderei perder o apoio ao meu seguro.
- ___ Compreendo que o ADAP tem de pagar à companhia de seguros.
- ___ Compreendo que tenho de dar ao ADAP uma fatura do prémio no início de cada ano e sempre que o valor do prémio se alterar.
- ___ Compreendo que se receber quaisquer créditos fiscais ou subsídio, devo declarar os meus impostos federais e contactar CoverME.gov quando o meu rendimento se alterar. Se eu receber um reembolso pelo sobre-pagamento de prémios, devo devolver o reembolso ao ADAP. Se eu dever impostos pelo pagamento insuficiente de prémios, contactarei o ADAP para os pagar.
- ___ Compreendo que se receber quaisquer cheques do meu seguro pelo pagamento excessivo de prémios e/ou co-pagamentos, esse cheque tem de ser enviado ao ADAP e devo assinar no verso "pagar à Medical Care Development".
- ___ Compreendo que se perder o meu seguro, pode não ser possível obter um seguro até ao próximo período de inscrições abertas.
- ___ Toda a informação que partilhei neste formulário é verdadeira.

Nome impresso

Assinatura

Data

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

End date:

Approved. Not approved. Reason:

Staff initials: