

Form A - 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>Utilisez cette application pour voir à quoi vous êtes admissible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vous pourriez être admissible aux programmes d'assurance-maladie ou obtenir de l'aide pour payer votre assurance-maladie et vos médicaments • Vous pourriez être admissible à de l'aide pour payer les soins dentaires, le logement, les services publics et la nourriture • Vous pourriez être admissible à la gestion de cas pour aider à coordonner vos besoins • Vous n'avez pas besoin de remplir cette demande si vous avez déjà ADAP
<p>Comment présenter une demande :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve que vous vivez dans le Maine • Preuve de revenu pour vous et toute personne à charge (conjoint, enfants, etc.) • Informations sur votre assurance maladie • Nous pouvons également demander une preuve de votre infection au VIH, surtout si vous déménagez d'un autre État ou pays
<p>Comment postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyez votre demande dûment remplie et vos pièces jointes à : Ryan White Maine Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
<p>Que se passe-t-il ensuite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez la demande complètement et clairement. Nous ne pouvons pas traiter les demandes avec des renseignements manquants. • Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, quelqu'un communiquera avec vous pour vous informer des programmes auxquels vous êtes admissible. • 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.
<p>Obtenez de l'aide avec cette application</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs TTY appellent le relais 711 du Maine • Fax : (207) 287-3498 • E-mail : RyanWhitePartB@maine.gov

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. 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 A - Ryan White Part B Program

Demande de services



1. Démographie

Nom légal : _____

Prénom légal : _____

Deuxième nom : _____

Nom préféré : _____

Genre :

- Masculin
- Féminin
- Transgenre MTF
- Transgenre FTM
- Transgenre Autre
- Refus de signaler

Sexe à la naissance :

- Masculin
- Féminin

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Langue préférée : _____

Adresse physique du domicile

Adresse :		Ville :	
État : ME	Zip:	Comté :	

Adresse postale (si différente)

Adresse :		Ville :	
État :	Zip:	Comté :	

Téléphone (domicile) : _____

Téléphone portable : _____

Autre téléphone : _____

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

Approved. Ryan White ID assigned:

DHS _____

HIV verification:

(circle one)

eHARS

Document provided

Not approved. Reason:

Staff initials:

Race : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Asiatique
 Indien d'Asie Chinois Philippins Japonais Coréen Vietnamiens Autre Asiatique
- Noir ou Afro-américain
 Amérindien ou natif de l'Alaska
 Autre
 Natif d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique
 Natif de Hawaï Guamaniane ou chamorro Samoan Autres insulaires du Pacifique
- Blanc

Origine ethnique : (choisir un)

- Non hispanique
 Hispanique
 Mexicain, Chicano/a Portoricain Cubain Autre origine hispanique, latino-américaine ou espagnole

Facteurs de risque liés au VIH : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Contacts sexuels entre hommes (MSM) Transmission périnatale Non déclaré ou non identifié
- Consommation de drogues injectables (IDU) Hémophilie/trouble de coagulation
- Contacts hétérosexuels Transfusion sanguine/produits sanguins

Statut VIH :

- SIDA défini par les CDC Date estimée du diagnostic de SIDA : ____/____/____
- Séropositif, SIDA inconnu
- État/pays du diagnostic du VIH Date estimée du diagnostic du VIH : ____/____/____

État/pays du diagnostic du VIH : _____

Gestionnaire de cas : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Pays de naissance : _____ Vétérans des forces armées américaines ? Oui Non

Besoin d'un interprète ?

- Non (anglais avancé)
 Oui, toujours (pas d'anglais)
 Oui, parfois (anglais modéré)
 Besoin d'aide en anglais seulement

Statut d'immigration :

* Ces renseignements ne sont utilisés que pour nous aider à déterminer si vous pouvez obtenir des soins dans le Maine.

Nous ne partageons pas cette information.

- citoyen américain ou nationalité américaine
 Asylee/réfugié (statut juridique accordé par le gouvernement américain)
 Demandeur d'asile. Date d'application, si connue : ____/____/____
 Résident permanent légitime (marié, carte verte, etc.). Date accordée, si elle est connue : ____/____/____
 Visa temporaire
 Inconnu

2. Couverture des soins de santé

Avez-vous une assurance privée ou COBRA ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, nom du plan :	Plan #:
Votre assurance passe-t-elle par votre employeur ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Avez-vous l'assurance maladie ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, ID du bénéficiaire de l'assurance-maladie (MBI):
------------------------------	--

Si oui, cochez toutes les réponses qui s'appliquent :

<input type="checkbox"/> Assurance-maladie, partie A (couvre les séjours à l'hôpital, la chirurgie, les examens de laboratoire, les soins de santé à domicile)	
<input type="checkbox"/> Assurance-maladie, partie B (couvre les visites chez le médecin et les autres soins ambulatoires)	
<input type="checkbox"/> Assurance-maladie, partie C (Avantage de l'assurance-maladie ; couverture combinée pour les hôpitaux, les patients externes et les médicaments)	
<input type="checkbox"/> Assurance-maladie Partie D (couvre les ordonnances, habituellement par l'entremise d'un plan avec prescription au nom)	
Partie D Nom du plan :	Plan #:

Avez-vous MaineCare/Medicaid/CubCare?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, MaineCare #:
------------------------------	--

Avez-vous des soins de santé militaires (bénéfices VA, Tricare, etc.)? Non Oui

Avez-vous une assurance des services de santé indiens (IHS) ? Non Oui

Avez-vous une autre forme d'assurance ou une demande en attente ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, _____, J'ai postulé le ____/____/____ (type d'assurance) (date)
------------------------------	--

3. Renseignements sur le ménage et le revenu

Taille légale du ménage : _____

Le ménage légal comprend les membres de la famille qui sont liés par la naissance, le mariage, l'adoption ou une autre relation de dépendance définie par la loi, y compris la tutelle légale.

Revenu brut total annuel revenu des ménages: \$ _____

Il s'agit du revenu de tous les membres du ménage légal, avant déductions. Si le revenu fluctue, veuillez estimer ce qu'il sera pour toute l'année.

Revenu personnel brut annuel : \$ _____

Il s'agit d'un revenu uniquement pour la personne qui présente la demande, avant déductions. Si le revenu fluctue, veuillez estimer ce qu'il sera pour toute l'année.

4. Accords avec les clients et consentement aux services

Contact

Initial pour montrer quels types de contact sont autorisés.

- _____ Il est acceptable de m'envoyer des bulletins et des sondages à mon adresse.
- _____ Vous pouvez m'appeler à mes numéros de téléphone.
- _____ Il est acceptable de me laisser des messages à mes numéros de téléphone.
- _____ Vous pouvez m'envoyer un message texte à ce numéro de téléphone : _____
- _____ Vous pouvez m'envoyer un e-mail à cette adresse : _____

ADAP

Paraphez si vous voulez ADAP.

- _____ Je comprends que certains de mes renseignements doivent être partagés pour obtenir de l'aide du Programme d'aide aux médicaments contre le SIDA (ADAP). Je comprends que ces renseignements ne seront communiqués que s'ils sont nécessaires pour que j'obtienne des services. Je comprends qu'ADAP doit obtenir des renseignements auprès de ceux qui figurent sur le formulaire « **Autorisation de communiquer des renseignements** » et les fournir. Je comprends que je ne peux pas recevoir ADAP si je ne remplis pas ce formulaire.

Règles du programme

Paraphez toutes les zones ci-dessous et signer le formulaire afin de recevoir les services :

- _____ Je comprends que je dois certifier à nouveau mes renseignements tous les six mois pour recevoir les services Ryan White Part B. Je comprends que les formulaires requis me seront envoyés par la poste à mon adresse.
- _____ Je comprends que les renseignements à mon sujet et les services que je reçois sont entrés dans un système informatique et signalés au gouvernement fédéral. Je comprends que mes renseignements doivent être déclarés pour que je reçoive les services Ryan White Part B.
- _____ Je comprends que le revenu de mon ménage doit être inférieur à la limite de revenu Ryan White Part B pour recevoir des services. Je comprends que je dois fournir une preuve de revenu. Je comprends que je dois déclarer tout changement de revenu, de quelque source que ce soit, dans les 10 jours ouvrables suivant le changement.
- _____ Je comprends que si je reçois un remboursement pour les paiements effectués dans le cadre du programme Ryan White Part B en mon nom, je dois renvoyer le remboursement au programme Ryan White Part B.
- _____ Tous les renseignements que j'ai fournis sur ce formulaire sont vrais.

Je veux recevoir les services de Ryan White Part B pour l'année prochaine. Je comprends que je dois certifier à nouveau mes renseignements dans six mois.

_____ **Nom en caractères d'imprimerie**

_____ **Signature**

_____ **Date**

5. Pièces jointes

Cette demande n'est pas complète sans chacune des pièces jointes numérotées énumérées ci-dessous :

1. Vérification de résidence

Veillez soumettre une copie valide et non expirée de l'un des documents suivants avec votre nom légal et votre adresse résidentielle. Une case postale ne sera acceptée que sur un permis de conduire du Maine ou une carte d'État.

- Permis de conduire du Maine ou carte d'État
- Acte ou facture d'impôt foncier
- Immatriculation ou titre de véhicule du Maine
- Talon de chèque
- Facture de services publics
- État financier
- Permis d'armes à feu dissimulées
- Permis de chasse et de pêche du Maine
- Relevé de notes ou bulletin scolaire
- Bail, contrat de location, etc.
- Déclaration de revenus ou W2
- Relevé des prestations du DHHS du Maine

Si vous logez dans un refuge pour sans-abri, demandez à un employé du refuge d'écrire une lettre indiquant que vous y séjournez.

2. Vérification du revenu

Veillez présenter une preuve du revenu brut de toutes les sources de votre ménage légal. Le ménage légal comprend les membres de la famille qui sont liés par la naissance, le mariage, l'adoption ou une autre relation de dépendance définie par la loi, y compris la tutelle légale. Les documents suivants sont acceptables à condition qu'ils soient datés de la dernière année :

- Lettre d'octroi de la sécurité sociale
- Copie du chèque de sécurité sociale ou du relevé bancaire indiquant le dépôt de sécurité sociale
- Formulaire d'impôt W2
- Fin d'année 1099 formulaires
- Déclaration de revenus fédérale
- Relevé des avantages de la DHHS

Si vous ou un membre de votre ménage légal travaillez, nous avons besoin de quatre semaines de talons de paie consécutifs datés des six derniers mois.

Si un membre de votre ménage légal n'a pas de revenu, il doit remplir un État de revenu nul.

3. Vérification du VIH

Veillez joindre une preuve de diagnostic du VIH si vous déménagez dans le Maine à partir d'un autre État ou pays.

4. Autorisation de communiquer des renseignements

Veillez joindre le formulaire dûment rempli d'autorisation de diffusion d'informations du Ministère de la santé et des services sociaux du Maine.