

# Formulário A - Ryan White Part B Program

## Candidatura aos serviços



**O Ryan White Part B Program dá apoio a pessoas com baixos rendimentos que vivam com VIH/SIDA no Maine.**

<p><b>Utilize esta candidatura para ver para que apoio é elegível.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser elegível para programas de seguros de saúde, ou para receber apoio no pagamento de seguros de saúde e medicamentos.</li> <li>• Pode ser elegível para receber apoio no pagamento de cuidados dentários, habitação/serviços públicos e/ou alimentação</li> <li>• Pode ser elegível para a gestão de casos, para ajudar a coordenar as suas necessidades</li> <li>• <b>Não necessita de preencher esta candidatura, se já tiver o ADAP.</b></li> </ul>
<p><b>Do que precisa para se candidatar:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprovativo de residência no Maine</li> <li>• Comprovativo do seu rendimento e de quaisquer dependentes (cônjuge, filhos, etc.)</li> <li>• Informação sobre o seu seguro de saúde</li> <li>• Podemos também pedir um comprovativo da sua infecção por VIH, sobretudo se tiver vindo de outro estado/país</li> </ul>
<p><b>Como se candidatar:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envie a sua candidatura preenchida 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>
<p><b>O que se segue?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencha a candidatura de forma completa e clara. Não podemos processar candidaturas com informação em falta.</li> <li>• Assim que recebermos a sua candidatura completa, alguém irá contactá-lo para o informar dos programas a que poderá candidatar-se.</li> <li>• O processamento da candidatura dura, em média, dez dias úteis. Se não for contactado no prazo de dez dias úteis, ligue-nos.</li> </ul>
<p><b>Obter ajuda com esta candidatura</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefone: (207) 287-3747. Os utilizadores TTY devem contactar Maine Relay 711</li> <li>• Fax: (207) 287-3498</li> <li>• E-mail: <a href="mailto:RyanWhitePartB@maine.gov">RyanWhitePartB@maine.gov</a></li> </ul>

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](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.

---

Junho de 2017

# Formulário A - Ryan White Part B Program

## Candidatura aos serviços



1. Demografia			
Apelido legal: (apelido/nome de família)			
Nome legal: (nome próprio)			
Nome(s) do meio:			
Por que nome gostaria de ser tratado(a)?			
É veterano(a) das Forças Armadas dos EUA?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Género actual	Que pronomes usa?	Sexo à nascença	Data de nascimento
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgénero, M para F <input type="checkbox"/> Transgénero, F para M <input type="checkbox"/> Transgénero, outro <input type="checkbox"/> Não quero responder	<input type="checkbox"/> Ela/Dela <input type="checkbox"/> Ele/Dele <input type="checkbox"/> Eles/elas/lhes <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	_____ / _____ / _____ Mês / dia / ano
Número de beneficiário da Segurança Social (se aplicável)			
País de nascimento			
É veterano(a) das Forças Armadas dos EUA?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Onde vive?			
Morada			
_____ _____			
Cidade	Estado	Código Postal	Condado
	Maine		
Para onde devemos enviar a sua correspondência? (se for diferente)			
Morada			
_____ _____			
Cidade	Estado	Código Postal	Condado

<b>Office Use Only</b>	<input type="checkbox"/> Approved. DHS _____	<input type="checkbox"/> Not approved. Reason: _____	Staff Initials: _____
Date Rcvd:	Date Complete:	Date Entered:	HIV verification: (check one) <input type="checkbox"/> eHARS <input type="checkbox"/> Document provided

Dados de contacto			
Telefone de casa		Outro telefone	
Telemóvel		Endereço de e-mail	

Raça (selecione todas as opções aplicáveis)	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Asiática-indiana <input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Outra asiática
<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana	
<input type="checkbox"/> Indígena americana ou nativa do Alasca	
<input type="checkbox"/> Outro	
<input type="checkbox"/> Havaiana nativa ou de outra ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Havaiana nativa <input type="checkbox"/> Guamaniana ou Chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> De outra ilha do Pacífico
<input type="checkbox"/> Branca	
Etnia (selecione uma opção)	
<input type="checkbox"/> Não hispânica	
<input type="checkbox"/> Hispânica	<input type="checkbox"/> Mexicana, Chicana <input type="checkbox"/> Porto-riquenha <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Outra origem espanhola, hispânica ou latina

Fatores de risco de VIH (selecione todas as opções aplicáveis)		
<input type="checkbox"/> Contacto sexual entre dois homens (MSM)	<input type="checkbox"/> Transmissão perinatal	<input type="checkbox"/> Não comunicado ou não identificado
<input type="checkbox"/> Utilização de drogas injectáveis (IDU)	<input type="checkbox"/> Hemofilia/distúrbio de coagulação	
<input type="checkbox"/> Contacto heterossexual	<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue/produtos sanguíneos	
Local de Diagnóstico de VIH		
Estado ou País dos EUA de Diagnóstico de VIH		
Estado VIH		
<input type="checkbox"/> SIDA definida pelo CDC	Data estimada de diagnóstico de SIDA: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> VIH positivo, estado de SIDA desconhecido		
<input type="checkbox"/> VIH positivo, sem SIDA	Data estimada de diagnóstico de VIH: ____/____/____	

### Estado de imigração (selecione um)

Esta informação é apenas usada para nos ajudar a ver se pode obter o programa MaineCare.  
Não partilhamos esta informação.

- Cidadão(ã) dos EUA ou natural dos EUA
- Asilado(a)/refugiado(a) (estado legal concedido pelo governo dos EUA)
- Requerente de asilo. Data em que se candidatou, se conhecida: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Residente permanente legal (casado(a), portador de carta verde, etc.). Data em que foi concedido, se conhecida: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Visto temporário
- Desconhecido

### 2. Interpretação e tradução

**IGNORE esta secção se consegue falar e ler inglês.**

Precisa de um intérprete para falar connosco?	<input type="checkbox"/> Não (inglês avançado) <input type="checkbox"/> Sim, sempre (não fala inglês) <input type="checkbox"/> Sim, às vezes (inglês médio) <input type="checkbox"/> Apenas precisa de ajuda com o inglês escrito
Se sim, em que idioma?	
Em qual destes idiomas gostaria que lhe enviássemos documentos?	<input type="checkbox"/> inglês <input type="checkbox"/> francês <input type="checkbox"/> português <input type="checkbox"/> kinyarwanda

### 3. Cobertura do seguro de saúde

#### Tem um seguro privado ou COBRA?

Não

Sim

Nome do plano:

O seguro foi feito através do seu empregador?  Não  Sim

#### Tem Medicare?

Não

Sim

Número de ID de beneficiário Medicare (MBI):

Medicare Part A (cobre internamentos hospitalares, cirurgia, testes de laboratório, cuidados de saúde ao domicílio)

Medicare Part B (cobre consultas médicas e outros cuidados em ambulatório)

Medicare Part C (designada por Medicare Advantage; cobertura combinada para hospitais, ambulatório e medicamentos)

Medicare Part D (cobre receitas médicas, geralmente através de um plano com Rx no nome)

Nome do plano da Part D

Número do plano da Part D

<b>Tem os programas MaineCare/Medicaid/CubCare?</b>	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	Número MaineCare:
<b>Tem cuidados de saúde para militares (benefícios VA, Tricare, etc.)?</b>	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	
<b>Tem o seguro Indian Health Services (IHS)?</b>	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	
<b>Tem qualquer outra forma de seguro ou candidatura pendente?</b>	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	Tipo de seguro:
	Data em que se candidatou ao plano de seguro: _____ / _____ / _____

**4. Informação sobre o agregado familiar e o rendimento**

**Tamanho do agregado familiar legal:** \_\_\_\_\_ (número de pessoas no agregado familiar)

O agregado familiar legal inclui os membros de família que estão ligados por nascimento, casamento, adopção ou outra relação dependente definida por lei, incluindo a tutoria legal.

**Total do rendimento bruto anual do agregado familiar:** \$ \_\_\_\_\_

É o rendimento de todos os membros do agregado familiar legal, antes das deduções. Se o rendimento for variável, estime qual será o rendimento para todo o ano.

**Rendimento bruto individual anual:** \$ \_\_\_\_\_

É o rendimento apenas da pessoa que se candidata, antes das deduções. Se o rendimento for variável, estime qual será o rendimento para todo o ano.

<b>5. Gestão de casos</b>		
O Gestor de Casos poderá ajudá-lo nos cuidados de saúde e em questões ligadas a seguros. Também o pode ajudar a trabalhar nos seus objectivos, no caso de transportes, alojamento e serviços jurídicos. A gestão de casos é grátis. É oferecida pelas organizações locais.		
Se tem actualmente um(a) Gestor(a) de Casos, quem é?	Nome:	Agência:
Se não tem um(a) Gestor(a) de Casos, precisa de ajuda para contactar um(a)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

## 7. Acordos com clientes

**Contacto** → **Escreva as iniciais do seu nome nas linhas para mostrar que tipos de contacto são permitidos.**

\_\_\_\_\_ Aceito receber questionários na minha morada.

\_\_\_\_\_ Aceito receber chamadas no(s) meu(s) número(s) de telefone.

\_\_\_\_\_ Aceito receber mensagens no(s) meu(s) número(s) de telefone.

\_\_\_\_\_ Aceito receber mensagens no(s) meu(s) número(s) de telemóvel.

\_\_\_\_\_ Aceito receber e-mails no meu endereço de e-mail.

## 8. Consentimento para os Serviços

**Regras do programa** → **Escreva as iniciais em todas as áreas abaixo e assine o formulário para receber os serviços.**

\_\_\_\_\_ Compreendo que parte da minha informação tem de ser partilhada para obter ajuda do Programa AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Compreendo que esta informação apenas será partilhada se for necessária para que eu obtenha os serviços. Compreendo que o ADAP tem de obter informações das pessoas e dar informações às pessoas listadas no formulário “Autorização para divulgar informação”. Compreendo que não posso receber o ADAP se não preencher este formulário.

\_\_\_\_\_ Compreendo que tenho de recertificar a minha informação a cada 12 meses, para poder receber os serviços do Ryan White Part B. Compreendo que os formulários requeridos serão enviados para a minha morada.

\_\_\_\_\_ Compreendo que a informação sobre mim e os serviços que recebo é introduzida num sistema informático e comunicada ao governo federal. Compreendo a minha informação tem de ser comunicada para poder receber os serviços do Ryan White Part B.

\_\_\_\_\_ Compreendo que o rendimento do meu agregado familiar deve ser inferior ao limite de rendimento do programa Ryan White Part B para receber os serviços. Compreendo que tenho de apresentar comprovativo de rendimento. Compreendo que tenho de comunicar quaisquer alterações no rendimento, qualquer que seja a sua origem, no prazo de 10 dias úteis a contar da alteração.

\_\_\_\_\_ Compreendo que se receber um reembolso de pagamentos que o programa Ryan White Part B faz em meu nome, devo restituir o reembolso ao programa Ryan White Part B.

\_\_\_\_\_ Toda a informação que partilhei neste formulário é verdadeira.

**Quero receber os serviços Ryan White Parte B no próximo ano. Compreendo que tenho de recertificar a minha informação num ano.**

\_\_\_\_\_ Nome impresso

\_\_\_\_\_ Assinatura

\_\_\_\_\_ Data

## 9. Anexos

**Esta candidatura não está completa sem cada um dos anexos numerados e listados abaixo:**

### 1. Comprovativo de residência

Envie uma cópia válida e dentro do prazo de validade de um dos documentos seguintes, onde conste o seu nome legal e a morada residencial. Apenas será aceite um endereço de caixa postal numa carta de condução ou cartão de identificação estatal do Maine.

- Carta de condução ou cartão de identificação estatal do Maine
- Fatura de imposto predial ou escritura
- Registo automóvel ou de propriedade do Maine
- Recibo de vencimento
- Fatura de serviços
- Demonstração financeira
- Licença de porte oculto de arma de fogo
- Licença de caça/pesca no Maine
- Histórico ou boletim escolar
- Contrato de locação, aluguer, etc.
- Declaração fiscal ou W2
- Declaração de benefícios do DHHS do Maine

Se reside atualmente num centro para pessoas sem-abrigo, peça a um colaborador do centro para redigir uma carta a declarar a sua residência no mesmo.

### 2. Verificação de Rendimento

Envie um comprovativo do rendimento bruto legal do seu agregado familiar, considerando todas as fontes. O agregado familiar legal inclui os membros da família que estão ligados por nascimento, casamento, adoção ou qualquer outra relação de dependência definida por lei, incluindo a tutela legal. Qualquer um dos documentos seguintes é aceitável, desde que tenham data do ano passado:

- Carta de atribuição da Segurança Social
- Cópia do cheque da Segurança Social ou extrato bancário onde conste o depósito da Segurança Social
- Formulários fiscais W2
- Formulários fiscais 1099 de fim de ano
- Declaração de imposto sobre os rendimentos federais
- Declaração de benefícios do DHHS

**Se você ou alguém do seu agregado familiar estiver a trabalhar, necessitamos de recibos de vencimento de quatro semanas consecutivas, com data situada nos últimos seis meses.**

**Se alguém no seu agregado familiar não auferir rendimentos, essa pessoa tem de preencher um formulário de Declaração de Ausência de Rendimentos.**

### 3. Verificação de VIH

Anexe um comprovativo do diagnóstico de VIH, se vier de outro Estado ou país para o Maine.

### 4. Autorização para Divulgar Informação

Anexe o formulário preenchido da Autorização para Divulgar Informação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine.