

Form A - 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 ver para que apoio é elegível.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser elegível para programas de seguros de saúde, ou para receber apoio no pagamento de seguros de saúde e medicamentos. • Pode ser elegível para receber apoio no pagamento de cuidados dentários, habitação/serviços públicos e/ou alimentação • Pode ser elegível para a gestão de casos, para ajudar a coordenar as suas necessidades • Não necessita de preencher esta candidatura, se já tiver o ADAP.
<p>Do que precisa para se candidatar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprovativo de residência no Maine • Comprovativo do seu rendimento e de quaisquer dependentes (cônjuge, filhos, etc.) • Informação sobre o seu seguro de saúde • Podemos também pedir um comprovativo da sua infecção por VIH, sobretudo se tiver vindo de outro estado/país
<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. • Assim que recebermos a sua candidatura completa, alguém irá contactá-lo para o informar dos programas a que poderá candidatar-se. • 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@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, gênero, 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 A - Ryan White Part B Program

Candidatura a serviços



1. Dados demográficos

Apelido legal: _____

Nome legal: _____

Nome do meio: _____

Nome preferido: _____

Sexo atual:

- Masculino
- Feminino
- Transgénero HpM
- Transgénero MpH
- Transgénero Outros
- Recusou responder

Sexo à nascença:

- Masculino
- Feminino

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Idioma preferido: _____

Morada residencial

Morada:		Cidade:
Estado: ME	Código postal:	Condado:

Morada de correspondência (se diferente da residência):

Morada:		Cidade:
Estado:	Código postal:	Condado:

Telefone residencial: _____

Telemóvel: _____

Outro telefone: _____

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:

Raça: (selecione todas as opções válidas)

- Asiático
 Índio-asiático Chinês Filipino Japonês Coreano Vietnamita Outras raças asiáticas
- Negro ou afro-americano
 Ameríndio ou nativo do Alasca
 Outro
 Nativo do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
 Nativo do Havai Guamaniano ou Chamorro Samoano De outra ilha do Pacífico
- Branco

Etnia: (selecione uma)

- Não-hispânico
 Hispânico
 Mexicano, Chicano Porto-riquenho Cubano De outra origem hispânica, latino ou de origem espanhola

Factores de risco de VIH: (selecione todas as opções válidas)

- Contacto sexual entre dois indivíduos do sexo masculino (MSM) Transmissão perinatal Não relatado, ou não identificado
- Utilização de drogas injectáveis (IDU) Hemofilia/distúrbio de coagulação
- Contacto heterossexual Transfusão sanguínea/produtos sanguíneos

Estado de VIH:

- SIDA definida pelo CDC Data estimada de diagnóstico de SIDA: ____/____/____
- VIH positivo, estado de SIDA desconhecido
- VIH positivo, sem SIDA Data estimada de diagnóstico de VIH: ____/____/____

Estado/país de diagnóstico de VIH: _____

Gestor de casos: _____

Número de beneficiário: _____

País de nascimento: _____

É veterano das Forças Armadas dos EUA? Sim Não

Necessita de intérprete?

- Não (inglês avançado)
 Sim, sempre (não fala inglês)
 Sim, às vezes (fala um pouco de inglês)
 Necessita de ajuda só com o inglês escrito

Estado de imigração:

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

- Cidadão ou nacional dos EUA
 Asilado/refugiado (estado legal concedido pelo governo dos EUA)
 Requerente de asilo. Data de candidatura, se conhecida: ____/____/____
 Residente permanente legal (casado, carta verde, etc.). Data de atribuição, se conhecida: ____/____/____
 Visto temporário Desconhecido

2. Cobertura de cuidados de saúde

Tem seguro privado ou COBRA?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, Nome do Plano: _____ Plano n.º: _____
	Tem o seguro através do seu empregador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Tem Medicare?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, ID de Beneficiário Medicare (MBI): _____
Se sim, assinale todas as opções aplicáveis:	
<input type="checkbox"/>	Medicare Parte A (cobre internamentos no hospital, cirurgias, testes laboratoriais, cuidados de saúde ao domicílio)
<input type="checkbox"/>	Medicare Parte B (cobre consultas médicas e outros cuidados em ambulatório)
<input type="checkbox"/>	Medicare Parte C (designado por Medicare Advantage; cobertura combinada para hospitais, ambulatório e medicamentos)
<input type="checkbox"/>	Medicare Parte D (cobre receitas médicas, geralmente através de um plano com Rx no nome)
	Parte D Nome do Plano: _____ Plano n.º: _____

Tem MaineCare/Medicaid/CubCare?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, MaineCare n.º: _____
------------------------------	--

Tem cuidados de saúde a militares (Benefícios VA, Tricare, etc.)? Não Sim

Tem o seguro Indian Health Services (IHS)? Não Sim

Tem algum outro tipo de seguro ou candidatura pendente?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, _____ . Candidatei-me a _____ / _____ / _____ (tipo de seguro) (data)
------------------------------	--

3. Informação sobre o agregado familiar e o rendimento

Tamanho do agregado familiar legal: _____

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.

Rendimento bruto total anual do agregado familiar : \$ _____

Designa o rendimento de todos os membros do agregado familiar legal, antes dos impostos. Se o rendimento variar, indique uma estimativa do rendimento total anual.

Rendimento bruto individual anual: \$ _____

Designa apenas o rendimento da pessoa que se candidata, antes dos impostos. Se o rendimento variar, indique uma estimativa do rendimento total anual.

4. Acordo do Cliente e Autorização dos Serviços

Contacto

Coloque aqui as iniciais do seu nome para mostrar que tipos de contacto são permitidos.

- _____ Autorizo que me enviem newsletters e questionários por correio, para a minha morada.
- _____ Autorizo que me contactem através do(s) meu(s) número(s) de telefone.
- _____ Autorizo que me deixem mensagens no(s) meu(s) número(s) de telefone.
- _____ Autorizo que me enviem mensagens para este número de telefone: _____
- _____ Autorizo que me enviem e-mails para este endereço: _____

ADAP

Introduza as suas iniciais se pretende aderir ao ADAP.

- _____ Compreendo que parte da minha informação tem de ser partilhada, para poder obter ajuda do Programa de Apoio de Medicamentos para a SIDA (ADAP). Compreendo que esta informação apenas será partilhada, se tal for necessário para que eu obtenha os serviços. Compreendo que o ADAP tem de obter informação dos inscritos e dar informação aos listados no formulário “**Autorização para Divulgar Informação**”. Compreendo que para ter acesso ao ADAP, tenho de preencher este formulário.

Regras do Programa

Introduza as suas iniciais em todas as áreas abaixo e assine o formulário para receber os serviços:

- _____ Compreendo que tenho de recertificar a minha informação a cada seis meses para poder receber os serviços do Ryan White Part B Program. Compreendo que os formulários necessários serão enviados por correio, para a minha morada.
- _____ Compreendo que a informação sobre mim e os serviços que receber será introduzida num sistema informático e comunicada ao governo federal. Compreendo que a minha informação tem de me ser comunicada para receber os serviços do Ryan White Part B Program.
- _____ Compreendo que o rendimento do meu agregado familiar tem de ser inferior ao limite de rendimento definido pelo Ryan White Part B Program, para poder receber os serviços. Compreendo que tenho de dar um comprovativo de rendimento. Compreendo que tenho de declarar qualquer alteração no rendimento, de qualquer origem, no prazo de 10 dias úteis a contar da data da alteração.
- _____ Compreendo que, se receber um reembolso de pagamentos que o Ryan White Part B Program faz em meu nome, devo devolver o reembolso ao Ryan White Part B Program.
- _____ Toda a informação que partilhei neste formulário é verdadeira.

Quero receber os serviços do Ryan White Part B Program no próximo ano. Compreendo que tenho de recertificar a minha informação dentro de seis meses.

Nome impresso

Assinatura

Data

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, adopção 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.