

Formulaire M - Programme Ryan White Partie B

Instructions pour l'Application



Le Programme Ryan White Part B apporte une aide aux personnes à faibles revenus vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.

Utilisez cette application pour demander de l'aide pour payer une assurance dentaire.	Une aide Dentaire est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui : <ul style="list-style-type: none">• vivre dans le Maine ;• dont les revenus sont inférieurs à 350 % du seuil fédéral de pauvreté (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines) ;• ne peut obtenir d'aide ailleurs ; ET• n'ont pas atteint un plafond annuel.
Ce dont vous avez besoin pour postuler :	<ul style="list-style-type: none">• Remplissez et signez le formulaire de demande d'une (1) page.• Joignez votre facture pour l'assurance dentaire et le formulaire de décharge du DHHS afin que nous puissions parler à votre compagnie d'assurance dentaire si nous avons des questions concernant le paiement• Si vous avez utilisé des fonds de la partie B de Ryan White pour payer une assurance dentaire dans le passé, vous devrez prouver que vous avez eu vos nettoyages
Comment postuler :	<ul style="list-style-type: none">• Envoyez votre candidature complète et les pièces jointes à : Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
Que va-t-il se passer ensuite ?	<ul style="list-style-type: none">• Remplissez le formulaire de demande de manière complète et lisible. Nous ne pouvons pas traiter les demandes auxquelles il manque des informations. (Votre identifiant Ryan White est le même numéro DHS que celui que vous utilisez pour l'ADAP.)• Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une lettre vous informant si le paiement a été approuvé ou refusé.• Veuillez prévoir jusqu'à dix jours ouvrables pour le traitement de votre demande. Si vous n'avez pas de nouvelles de notre part dans les dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.
Obtenir de l'aide pour cette application	<ul style="list-style-type: none">• Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler Maine Relay au 711.• Fax : (207) 287-3498• E-mail : RyanWhitePartB@maine.gov

Conformément à l'article 22 MRS §15, toute personne qui fait sciemment de fausses déclarations écrites ou qui soumet sciemment de faux documents afin de bénéficier des prestations fournies par le Département s'expose à des sanctions civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, qui peuvent inclure, sans s'y limiter, le recouvrement des fonds versés.

Département de la Santé et des Services Sociaux du Maine

AVIS DE NON-DISCRIMINATION

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (DHHS) n'opère aucune discrimination fondée sur le handicap, la race, la couleur, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine nationale, les convictions religieuses ou politiques, l'ascendance, la situation familiale ou matrimoniale, les informations génétiques, l'appartenance à une association, la revendication antérieure d'un droit ou d'une revendication, ou la dénonciation d'irrégularités, dans l'admission ou l'accès à ses politiques, programmes, services ou activités, dans leur fonctionnement, ou dans ses pratiques d'embauche ou d'emploi. Cet avis est fourni conformément au Titre II de l'Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990, au titre VI du Civil Rights Act de 1964, tel que modifié, à la Section 504 du Rehabilitation Act de 1973, tel que modifié, à l'Age Discrimination Act de 1975, le titre IX de la Loi de 1972 sur les Amendements à l'éducation ; la Section 1557 de la Loi sur les Soins Abordables ; la loi sur les droits de l'homme du Maine ; le Décret Exécutif concernant les contrats de services de l'État du Maine ; et toutes les autres lois et réglementations interdisant une telle discrimination. Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes d'informations supplémentaires concernant l'ADA et les pratiques d'embauche ou d'emploi peuvent être adressées aux coordinateurs ADA/EEO du DHHS à l'adresse suivante : 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011 ; 207-287-4289 (V) ; 207-287-1871(V) ; ou Maine Relay 711 (TTY). Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes d'informations supplémentaires concernant l'ADA et les programmes, services ou activités peuvent être adressées au coordinateur ADA/droits civils du DHHS, à l'adresse suivante : 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 ministère américain de la Santé et des Services sociaux, Bureau des droits civils, par téléphone au 800-368-1019 ou au 800-537-7697 (TDD) ; par courrier à l'adresse 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201 ; ou par voie électronique à l'adresse <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Les personnes qui ont besoin d'aides auxiliaires pour communiquer efficacement dans le cadre des programmes et services du DHHS sont invitées à faire part de leurs besoins et préférences au coordinateur ADA/droits civils. Cet avis est disponible dans d'autres formats, sur demande.



Formulaire M - Programme Ryan White Partie B

Demande d'Aide pour l'Assurance Dentaire

1. Informations sur le Client

Nom : _____ Ryan White ID : DHS _____

Le revenu de votre ménage a-t-il augmenté au cours des six derniers mois ? Non Oui, par \$ _____ par mois

2. Informations sur l'Assurance

Compagnie d'assurance dentaire : _____

Adresse pour le paiement :

Numéro de compte (le cas échéant) : _____

Date de début du Premium : ____/____/____ Date de fin de prime : ____/____/____

Montant demandé : \$ _____

3. Pièces jointes

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

Veuillez joindre :

- Votre facture d'assurance dentaire
 - Si vous avez utilisé l'assistance de la partie B de Ryan White pour une assurance dentaire dans le passé, veuillez joindre une preuve de nettoyage dentaire au cours de la dernière année.
- Le formulaire d'Autorisation de Divulgation d'Informations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Maine rempli avec les informations de votre compagnie d'assurance dentaire

4. Contrat client

Je n'ai pas d'assurance dentaire. Je veux de l'aide pour payer l'assurance dentaire. Je suis d'accord pour l'utiliser pour au moins deux rendez-vous de nettoyage dans l'année prochaine. Je comprends que je pourrais perdre mon aide dentaire de Ryan White si je ne vais pas à ces rendez-vous. Je comprends que tout remboursement des paiements effectués par le programme Ryan White Part B doit être reversé au Programme Ryan White Part B. Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont véridiques.

Nom en Lettres Majuscules

Signature

Date

Réserve à l'usage du bureau :

Date de Réception :

Date d'Achèvement :

Date d'Entrée :

Montant utilisé à ce jour :

Date de fin :

FPL :

Approuvé. Non approuvé. Raison :

Initiales du personnel :