

Formulário M - Programa Ryan White Parte B

Instruções do Pedido



O Programa Ryan White Parte B oferece ajuda a pessoas com baixos rendimentos que vivem com VIH/SIDA no Maine.

Utilize este pedido para se candidatar a receber ajuda para pagamento de seguro dentário.	<p>A assistência dentária está disponível para pessoas com VIH/SIDA que:</p> <ul style="list-style-type: none">• residem no Maine;• ganham menos de 350% do nível federal de pobreza (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines);• não conseguem ajuda em nenhum outro lugar; E• não atingiram o limite anual.
O que precisa para se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Preencha e assine o formulário de candidatura de 1 página.• Anexe a sua factura do seguro dentário e o formulário de autorização do DHHS para que possamos entrar em contacto com a sua seguradora dentária caso tenhamos alguma dúvida sobre o pagamento.• Se utilizou fundos do Ryan White Parte B para pagar o seguro dentário no passado, terá de comprovar que fez as suas limpezas dentárias.
Como se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Envie o seu pedido de candidatura preenchido e os anexos para: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498
O que acontece depois?	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o pedido de candidatura de forma completa e clara. Não podemos processar pedidos de candidatura com informações em falta. (O seu Número de Identificação Ryan White é o mesmo número DHS que utiliza para o ADAP.)• Assim que recebermos o seu pedido de candidatura completo, receberá uma carta a informá-lo se o pagamento foi aprovado ou recusado.• Por favor aguarde até dez dias úteis para que o seu pedido de candidatura seja processado. Se não tiver notícias nossas em dez dias úteis, contacte-nos.
Obtenha ajuda para este pedido de candidatura	<ul style="list-style-type: none">• Telefone: (207) 287-3747. Os utilizadores de TTY devem ligar para o Maine Relay 711• Fax: (207) 287-3498• E-mail: RyanWhitePartB@maine.gov

De acordo com 22 MRS [Main Revised Statutes (Estatutos Revistos do Maine)] §15, qualquer pessoa que, conscientemente, fizer declarações falsas por escrito ou, conscientemente, apresentar documentos falsos para receber benefícios fornecidos pelo Departamento poderá enfrentar penalidades civis pelo Estado do Maine no Tribunal Superior, que podem incluir, mas não se limitam a, recuperação dos 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 em deficiência, raça, cor, sexo, gênero, orientação sexual, idade, nacionalidade, crença religiosa ou política, ascendência, estado civil ou familiar, informação genética, associação, reivindicação ou direito anterior, ou atividade de denúncia, na admissão ou acesso, ou na operação de suas políticas, programas, serviços ou atividades, ou em práticas de contratação ou emprego. Este aviso é fornecido conforme exigido e de acordo com o Título II da Lei dos Americanos com Deficiência de 1990 (“ADA”); Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964, conforme alterada; Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme alterada; Lei contra a Discriminação por Idade de 1975; Título IX das Emendas Educacionais de 1972; Seção 1557 da Lei de Cuidados Acessíveis; a Lei de Direitos Humanos do Maine; Ordem Executiva relativa aos Contratos de Serviços do Estado do Maine; e todas as outras leis e regulamentos que proíbem tal discriminação. Questões, preocupações, reclamações ou pedidos de informações adicionais sobre a ADA e práticas de contratação ou emprego podem ser encaminhados aos Coordenadores ADA/EEO do DHHS em 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-4289 (V); 207-287-1871(V); ou Maine Relay 711 (TTY). Questões, preocupações, reclamações ou pedidos de informações adicionais sobre a ADA e programas, serviços ou atividades podem ser encaminhados ao coordenador da ADA/Direitos Civis do DHHS, em 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-3707 (V); Maine Relay 711 (TTY); ou ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov. As reclamações sobre direitos civis também podem ser apresentadas ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Gabinete de Direitos Civis, pelo telefone 800-368-1019 ou 800-537-7697 (TDD); por correio para 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201; ou eletronicamente em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. As pessoas que necessitem de ajudas auxiliares para uma comunicação eficaz nos programas e serviços do DHHS são convidadas a comunicar as suas necessidades e preferências ao Coordenador da ADA/Direitos Civis. Este aviso está disponível em formatos alternativos, mediante solicitação.

Formulário M - Programa Ryan White Parte B

Pedido de Assistência com Seguro Dentário



1. Informação Sobre o Cliente

Nome: _____ Número de Identificação Ryan White: DHS

O rendimento da sua família aumentou nos últimos seis meses? ☐ Não ☐ Sim, por _____ \$ por mês

2. Informações Sobre o Seguro

Companhia de seguro dentário: _____

Endereço para pagamento:

Número de conta (se aplicável): _____

Data de início do prémio: ____/____/____ Data de término do prémio: ____/____/____

Quantia solicitada: _____ \$

3. Anexos:

Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.

Por favor inclua em anexo:

- A sua conta de seguro dentário
 - Se utilizou a assistência Ryan White Part B para seguro dentário anteriormente, por favor junte em anexo a prova de limpeza dos dentes no último ano.
- Formulário de autorização para divulgação de informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com as informações da sua seguradora dentária.

4. Acordo do Cliente

Não tenho seguro dentário. Preciso de ajuda para pagamento do seguro dentário. Concordo em utilizá-lo para, pelo menos, duas consultas de limpeza no próximo ano. Compreendo que posso perder a minha assistência dentária Ryan White se não comparecer a essas consultas. Compreendo que quaisquer reembolsos por pagamentos efectuados pelo Programa Ryan White Parte B devem ser devolvidos ao Programa Ryan White Parte B. Todas as informações que partilhei neste formulário são verdadeiras.

Nome em letra de imprensa

Assinatura

Data

Apenas para uso administrativo:

Data de Recepção:

Data de Conclusão:

Data de Entrada:

Quantia usada até à data: \$

Data de Finalização:

FPL:

☐ Aprovado. ☐ Não aprovado. Motivo:

Rúbrica do funcionário: