

Formulaire Q - Programme Ryan White Part 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.

<p>Utilisez cette application pour demander une carte alimentaire. Vous pouvez postuler une fois par mois maximum.</p>	<p>Les cartes alimentaires sont disponibles pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <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 les plafonds mensuels et annuels.
<p>Ce dont vous avez besoin pour postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez et signez le formulaire de demande d'une (1) page.
<p>Comment postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyez votre candidature complète à : Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
<p>Que va-t-il se passer ensuite ?</p>	<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 carte alimentaire par courrier ou une lettre expliquant pourquoi votre demande a été refusée. • 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.
<p>Obtenir de l'aide pour cette application</p>	<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 Q - Programme Ryan White Part B

Demande d'aide alimentaire



1. Informations sur le Client

Nom : _____ Ryan White ID : DHS

Carte alimentaire préférée : _____ Pour quel mois est cette carte ? _____

☐ Hannaford/Shop N Save

☐ Shaw's

☐ Panier d'Achat

Adresse à laquelle envoyer votre carte alimentaire : _____

Le revenu de votre ménage a-t-il augmenté au cours des six derniers mois ?

☐ Non ☐ Oui, pour un montant de _____ \$ par mois

2. Payeur en dernier ressort

Toutes les questions de cette section doivent être répondues. Ce formulaire vous sera renvoyé si vous ne le remplissez pas.

Avez-vous accès à une aide alimentaire supplémentaire ? ☐ Non ☐ Oui : _____

Veillez décrire

Bénéficiez-vous des prestations SNAP (coupons alimentaires) ? ☐ Non ☐ Oui, _____ \$ par mois

Avez-vous accès à une banque alimentaire locale ? ☐ Non ☐ Oui

3. Contrat Client

Je comprends que je peux obtenir une aide alimentaire de 50 \$ du programme Ryan White jusqu'à une fois par mois, dans la mesure où des fonds sont disponibles et tant que je n'ai pas atteint le plafond annuel de 600 \$. Je comprends que les cartes alimentaires Ryan White ne peuvent pas être utilisées pour acheter de l'alcool, du tabac ou des articles non alimentaires. Je comprends que je risque de perdre mon aide alimentaire Ryan White si je n'utilise pas cette carte comme prévu. **Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont véridiques.**

Nom en lettres majuscules

Signature

Date

Réservé à l'usage du bureau :

Date de Réception :

Date d'Achèvement :

Date d'Entrée :

Montant utilisé à ce jour : \$

Date de fin :

FPL :

Vous avez reçu une carte ce mois-ci ? Oui ☐ Non ☐ Approuvé. ☐ Non approuvé. Raison :

Initiales du personnel :