

# Formulário Q - 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.**

<b>Utilize este pedido para se candidatar a um cartão alimentar. Pode-se se candidatar uma vez por mês.</b>	<p>Os cartões alimentares estão disponíveis para pessoas com VIH/SIDA que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• residem no Maine;</li><li>• ganham menos de 350% do nível federal de pobreza (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>);</li><li>• não conseguem ajuda em nenhum outro lugar; E</li><li>• não atingiram o limite mensal ou anual.</li></ul>
<b>O que precisa para se candidatar:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha e assine o formulário de candidatura de 1 página.</li></ul>
<b>Como se candidatar:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envie o seu pedido de candidatura preenchido 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>
<b>O que acontece depois?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.)</li><li>• Assim que recebermos o seu pedido de candidatura completo, receberá um cartão alimentar no correio ou uma carta a explicar por que motivo o seu pedido foi recusado.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Obtenha ajuda para este pedido de candidatura</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Telefone: (207) 287-3747. Os utilizadores de TTY devem ligar para o 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>

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 actividades* 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](mailto: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 Q - Programa Ryan White Parte B

## Pedido de Assistência Alimentar



### 1. Informação Sobre o Cliente

Nome: \_\_\_\_\_ Número de Identificação Ryan White: DHS \_\_\_\_\_

Preferência de cartão alimentar: \_\_\_\_\_ Este cartão destina-se a que mês? \_\_\_\_\_

☐ Hannaford/Shop N Save

☐ Shaw's

☐ Market Basket

Endereço de recepção do cartão: \_\_\_\_\_

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

### 2. Pagador de última instância

**Todas as questões nesta secção têm de ser respondidas. Este formulário será enviado de volta se não o preencher.**

Tem acesso a assistência adicional para alimentação? ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

por favor, descreva

Recebe benefícios SNAP [*Supplemental Nutrition Assistance Program* (Programa de Assistência de Nutrição Suplementar)] (vale-refeição)? ☐ Não ☐ Sim, por \_\_\_\_\_ \$ por mês

Tem acesso à despensa alimentar local? ☐ Não ☐ Sim

### 3. Acordo do Cliente

Compreendo que posso obter 50\$ de ajuda alimentar do programa Ryan White uma vez por mês havendo disponibilidade de fundos e desde que eu não tenha atingido o limite total de 600\$ anuais. Compreendo que os cartões alimentares Ryan White não podem ser utilizados para álcool, tabaco ou artigos não alimentares.

Compreendo que posso perder a minha assistência alimentar Ryan White se não utilizar este cartão de acordo com as regras. **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:

Recebeu o cartão este mês? S N ☐ Aprovado. ☐ Não aprovado. Motivo:

Rúbrica do funcionário: