

# **Formulário O - 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 esta candidatura para pedir ajuda de pagamento habitacional ou contas de serviços públicos até 90 dias.</b>	A assistência habitacional está disponível para pessoas com VIH/SIDA que: <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 anual.</li></ul>
<b>O que precisa para se candidatar:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o formulário de candidatura de 2 páginas.</li><li>• Junte em anexo uma cópia da factura ou estimativa que pretende seja paga e um formulário de autorização que nos permita falar com a pessoa a quem faremos o pagamento se houverem questões respeitantes ao pagamento.</li><li>• Não podemos pagar taxas de restabelecimento ou encargos financeiros.</li><li>• Não podemos pagar para além de um depósito de combustível cheio.</li></ul>
<b>Como se candidatar:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envie o seu pedido de candidatura preenchido e os anexos para: <b>Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498</b></li></ul>
<b>O que acontece depois?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha ambas as páginas do 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 recebemos o seu pedido de candidatura completo, receberá uma carta a informá-lo se o pagamento foi aprovado ou 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; Secção 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.

r

# Formulário O - Programa Ryan White Parte B

## Pedido de Assistência Habitacional



Data: \_\_\_\_\_

### 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. Solicitação de Informações

Quantia de assistência solicitada: \_\_\_\_\_ \$

Assistência destina-se a (assinale um):

- Electricidade
- Aquecimento
- Parte da renda do requerente, para o mês de \_\_\_\_\_

Quantas pessoas residem na habitação? \_\_\_\_\_

Emita o cheque em nome de: \_\_\_\_\_

Endereço para pagamento:

\_\_\_\_\_

Número de conta ou endereço do arrendamento: \_\_\_\_\_

### 3. Pagador de última instância

A assistência Ryan White só está disponível quando nenhum outro programa ou assistência pode ajudar. Por favor, descreva porque não tem acesso a outros recursos ou não são suficientes para cobrir as suas despesas:

\_\_\_\_\_

Se o Programa Ryan White não estiver a pagar o custo total dos serviços, como será feito o pagamento restante?

\_\_\_\_\_

#### 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:

#### 4. Plano Habitacional

Descreva a sua situação habitacional actual:

- Estável/permanente
- Habitação temporária
- Habitação instável

Qual é o seu plano para manter uma situação de vida estável e duradoura após esta assistência?

Recebe alguma outra assistência habitacional?

Tipo de Assistência	Sim	Não	Pendente
HOPWA [ <i>Housing Opportunities for Persons With AIDS</i> (Oportunidades Habitacionais para Pessoas com SIDA)]			
Secção 8			
Alojamento + Cuidados			
BRAP [ <i>Bridging Rental Assistance Program</i> (Programa de Assistência ao Arrendamento Provisório)]			
Habitação Social			
Assistência Geral			
LIHEAP [ <i>Low Income Home Energy Assistance Program</i> (Programa de Assistência Energética para Agregados de Baixo Rendimento)]			
Outro:			

#### 5. Anexos:

\*Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.\*

Para receber ajuda de aquecimento ou electricidade, por favor junte em anexo:

- Factura ou extrato de cobranças com o nome do cliente (não pode ter mais de 90 dias) E
- Formulário de autorização para divulgação de informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com as informações do beneficiário

Para obter ajuda com aluguel ou alojamento de emergência/temporário, junte em anexo:

- Acordo de Locação, Contrato de Arrendamento ou comprovativo de arrendamento com o nome do cliente, E
- Formulário fiscal W-9 preenchido pelo locador, E
- Formulário de autorização para divulgação de informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com as informações do beneficiário

#### 6. Acordo do Cliente

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