



# Formulaire F - 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.**

<b>Utilisez cette application pour demander une aide au paiement des primes MaineCare.</b>	Une aide pour le paiement des primes MaineCare est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui : <ul style="list-style-type: none"><li>• vivre dans le Maine ;</li><li>• gagner moins de 250 % du seuil fédéral de pauvreté (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>) ; ET</li><li>• Je ne peux obtenir de l'aide nulle part ailleurs.</li></ul>
<b>Ce dont vous avez besoin pour postuler :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remplissez le formulaire de candidature d'une page.</li><li>• Votre facture MaineCare</li></ul>
<b>Comment postuler :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envoyez votre demande dûment remplie accompagnée de la facture MaineCare à : <b>Maine Ryan White Program</b> <b>40 State House Station</b> <b>Augusta, ME 04330</b> <b>ou</b> <b>Fax : (207) 287-3498</b></li></ul>
<b>Que va-t-il se passer ensuite ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.)</li><li>• Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une lettre vous informant si le paiement a été approuvé ou refusé.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Obtenir de l'aide pour cette application</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler Maine Relay au 711.</li><li>• Fax : (207) 287-3498</li><li>• Email : <a href="mailto:RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov">RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov</a></li></ul>

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](mailto: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 F - Programme ADAP/Ryan White Part B

## Demande d'aide pour Primes MaineCare

### 1. Informations sur le Client

Nom : \_\_\_\_\_ Ryan White ID : DHS \_\_\_\_\_

### 2. Demander des Informations

Montant de l'aide demandée : \_\_\_\_\_ \$

Numéro MaineCare : \_\_\_\_\_

Libellez votre chèque à l'ordre de : MaineCare

Adresse pour le paiement : 11 High Street

Houlton, Maine 04730-9970

### 3. Pièces jointes

Veuillez joindre :

- Une facture de MaineCare qui indique le montant de votre prime mensuelle.

### 4. Contrat client

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 :

Date de fin :

Approuvé.  Non approuvé. Raison :

Initiales du personnel :