

# Formulaire G - Programme Ryan White Partie 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 de votre assurance maladie.</b>	<p>Une aide pour l'assurance maladie est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vivre dans le Maine ;</li> <li>gagner moins de 500 % 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 et signez le formulaire de demande d'une page.</li> <li>Envoyez-nous une facture pour votre assurance maladie et le formulaire d'autorisation du DHHS afin que nous puissions contacter votre compagnie d'assurance si nous avons des questions concernant le paiement.</li> <li>Le paiement doit être effectué directement à la compagnie d'assurance ou à l'employeur. <b>ADAP ne peut pas</b> rembourser aux clients les primes prélevées sur leur salaire.</li> </ul>
<b>Comment postuler :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envoyez votre candidature complète et les pièces jointes à :  <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>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@maine.gov">RyanWhitePartB@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 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 G - Programme Ryan White Partie B

## Demande d'aide pour

### Primes d'assurance pour particuliers



#### 1. Informations sur le client

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

#### 2. Informations sur l'assurance

Compagnie d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Montant de la prime mensuelle : \_\_\_\_\_ \$

Numéro de compte/police : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en vigueur de la politique : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 3. Pièces jointes

**Cette demande ne sera pas considérée comme complète sans les pièces jointes requises.**

Veuillez joindre :

- Une facture actuelle pour votre assurance maladie
- Formulaires d'autorisation pour communiquer avec votre compagnie d'assurance maladie
  - **Options de Santé Communautaire** : Autorisation de Divulgence d'Informations Médicales Protégées
  - **Harvard Pilgrim** : (1) Autorisation du Membre à Divulguer des Informations et (2) Représentant Désigné
  - **Toute autre assurance** : formulaire de divulgation d'informations de la compagnie d'assurance

#### 4. Contrat client

**Initiez toutes les zones ci-dessous afin de bénéficier d'une aide en matière d'assurance :**

- \_\_\_\_\_ Je comprends que je dois contacter l'ADAP dans les 10 jours si mon adresse, mon numéro de téléphone ou mes revenus changent.
- \_\_\_\_\_ Je comprends que je dois renouveler ma certification auprès de l'ADAP chaque année, sinon je risque de perdre l'aide dont je bénéficie pour mon assurance.
- \_\_\_\_\_ Je comprends que l'ADAP doit payer la compagnie d'assurance.
- \_\_\_\_\_ Je comprends que je dois fournir à l'ADAP une facture de prime au début de chaque année **et** si ma prime change.
- \_\_\_\_\_ Je comprends que si je bénéficie d'un crédit d'impôt ou d'une subvention, je dois remplir ma déclaration d'impôt fédérale et contacter CoverME.gov lorsque mon revenu change. Si je reçois un remboursement pour un trop-perçu de primes, je dois rembourser ce montant à l'ADAP. Si je dois payer des impôts pour avoir sous-évalué mes primes, je contacterai l'ADAP pour les régler.
- \_\_\_\_\_ Je comprends que si je reçois des chèques de ma compagnie d'assurance pour un trop-perçu de primes et/ou de quotes-parts, ces chèques doivent être envoyés à l'ADAP et que je dois signer au verso "payer à Medical Care Development."
- \_\_\_\_\_ Je comprends que si je perds mon assurance, je ne pourrai peut-être pas souscrire une nouvelle assurance avant la prochaine période d'inscription ouverte.
- \_\_\_\_\_ 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 :

Date de fin :

☐ Approuvé. ☐ Non approuvé. Raison :

Initiales du personnel :