

Form P - Ryan White Partie B du Programme

Instructions pour la demande



Le programme Ryan White Partie B apporte une aide aux personnes à faible revenu vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.

<p>Utilisez ce formulaire pour demander une aide d'urgence pour payer le chauffage.</p>	<p>Une aide financière pour le chauffage est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vivent dans le Maine; • gagnent moins de 350% du seuil fédéral de pauvreté (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); • ont utilisé toutes les aides habituelles au logement et à l'alimentation prévues par la Partie B du programme Ryan White ; • ET ne peut pas obtenir d'aide ailleurs.
<p>Ce qu'il vous faut pour postuler:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez le formulaire de demande. • Joignez une copie de la facture que vous voulez faire payer et un formulaire de décharge pour nous permettre de parler à la personne que nous payons s'il y a des questions concernant le paiement. • Nous ne pouvons pas payer les frais de reconnexion ou les frais financiers. • Nous ne pouvons pas payer plus qu'un réservoir de carburant plein.
<p>Comment postuler:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyez votre candidature remplie et les pièces jointes à: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Le fax: (207) 287-3498
<p>Que se passe-t-il ensuite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez la demande de manière complète et claire. Nous ne pouvons pas traiter les demandes pour lesquelles il manque des informations. (Votre numéro d'identification Ryan White est le même numéro DHS que celui que vous utilisez pour ADAP.) • Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une lettre vous indiquant si le paiement a été approuvé ou refusé. • Veuillez prévoir jusqu'à dix jours ouvrables pour le traitement de votre demande. Si vous n'avez pas de nouvelles de nous dans les dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.
<p>Obtenez de l'aide pour cette application:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone: (207) 287-3747. Les utilisateurs de TTY appellent le Maine Relay 711 • Le Fax: (207) 287-3498 • Email: RyanWhitePartB@maine.gov

Conformément à l'article 15 de la 22 MRS, toute personne qui fait sciemment de fausses déclarations écrites ou soumet sciemment de faux documents pour recevoir des prestations fournies par le département peut faire l'objet de sanctions civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, ce qui peut inclure, sans s'y limiter, le recouvrement des fonds versés.

AVIS DE NON-DISCRIMINATION du Ministère de la santé et des services sociaux du Maine

Le ministère de la Santé et des Services à la personne (DHHS) ne fait pas de discrimination fondée sur l'incapacité, la race, la couleur, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine nationale, les convictions religieuses ou politiques, l'ascendance, l'état familial ou matrimonial, l'information génétique, l'association, l'affirmation antérieure d'une revendication ou d'un droit, ou d'une activité de dénonciation, dans l'admission ou l'accès à ses politiques, programmes, services ou activités, ou dans ses pratiques d'embauche ou d'emploi. Le présent avis est fourni conformément au titre II de la loi de 1990 sur les Américains handicapés (« ADA »), au titre VI de la loi sur les droits civils de 1964, dans sa version modifiée, à l'article 504 de la loi de 1973 sur la réhabilitation, dans sa version modifiée, à loi sur la discrimination fondée sur l'âge de 1975. Titre IX des Amendements sur l'éducation de 1972; article 1557 de la loi sur les soins abordables ; la loi sur les droits de l'homme du Maine ; Décret exécutif concernant les contrats de services de l'État du Maine ; et toutes les autres lois et règlements interdisant cette discrimination. Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes de renseignements supplémentaires concernant l'ADA et *les pratiques d'embauche ou d'emploi* peuvent être transmises aux coordonnateurs de l'ADA/EEO du DHHS au 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-4289 (V); 207-287-1871 (V); ou relais 711 du Maine (TTY). Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes de renseignements supplémentaires concernant l'ADA et *programmes, services ou activités* peuvent être transmises au coordonnateur de l'ADA/des droits civils du DHHS, au 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 Department of Health and Human Services des États-Unis, Office of Civil Rights, par téléphone au 800-368-1019 ou au 800-537-7697 (TDD); par courrier au 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201; ou électroniquement au <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Les personnes qui ont besoin d'aides auxiliaires pour communiquer efficacement dans les programmes et les services du DHHS sont invitées à faire connaître leurs besoins et leurs préférences au coordonnateur de l'ADA/des droits civils. Cet avis est disponible en médias substituts, sur demande.

Form P - Ryan White Partie B du Programme Aide d'Urgence pour le Chauffage



1. Informations sur le client

Nom: _____ ID de Ryan White: DHS _____

Le revenu de votre ménage a-t-il augmenté au cours des six derniers mois? Non Oui, par \$ _____ par mois

2. Demande d'informations

Le montant de l'aide au chauffage demandé : \$ _____

Faites votre chèque à l'ordre de: _____

Adresse pour le versement:

Numéro de compte (si applicable): _____

3. Le payeur de Last Resort

L'assistance Ryan White n'est disponible que lorsqu'aucun autre programme ou assistance ne peut aider.

Avez-vous fait une demande pour le LIHEAP? Oui Non Non éligible Incertain

Décrivez pourquoi aucune autre aide n'est disponible ou pourquoi il n'y a pas assez d'aide ailleurs pour répondre à vos besoins:

4. Annexes

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

Veuillez attacher:

- Facture ou relevé de frais portant le nom du client (ne doit pas dater de plus de 90 jours) **ET**
- Le formulaire "Maine Department of Health and Human Services Authorization to Release Information" rempli avec les informations du bénéficiaire.

5. Accord du client

Je comprends que tout remboursement de paiements effectués par le programme Ryan White Partie B doit être retourné au programme Ryan White Partie B. Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont vraies.

Nom Imprimé

Signature

Date

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

Amount of RWB used to date: \$

End Date:

FPL:

Approved. Not approved. Reason:

Staff Initials: