

Form I - Ryan White Part B Program

Instructions de candidature



Le Ryan White Part B Program aide les personnes à faible revenu vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.

<p>Utilisez cette application pour demander de l'aide pour payer les tests de laboratoire.</p>	<p>Une aide pour le coût des tests de laboratoire est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vivent dans le Maine ; • représentent moins de 500% du niveau fédéral de pauvreté (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); ET • ne peuvent trouver d'aide nulle part ailleurs.
<p>Comment présenter une demande :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir et signer la demande d'une page • Envoyez-nous une facture détaillée pour votre travail de laboratoire et le formulaire de diffusion de DHHS afin que nous puissions parler au laboratoire si nous avons des questions au sujet du paiement. • La facture de laboratoire détaillée doit être soumise dans les 90 jours du service ou ADAP ne peut pas les payer.
<p>Comment postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyez votre demande dûment remplie et vos pièces jointes à : Ryan White Maine Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
<p>Que se passe-t-il ensuite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez la demande complètement et clairement. Nous ne pouvons pas traiter les demandes avec des renseignements manquants. (Votre Ryan White ID est le même numéro DHS 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 dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.
<p>Obtenez de l'aide avec cette application</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs TTY appellent le relais 711 du Maine • Fax : (207) 287-3498 • E-mail : RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov

Conformément aux dispositions du paragraphe 15 de l'article 22 des MRS, toute personne qui présente sciemment de fausses déclarations écrites ou de faux documents afin de recevoir des prestations du Ministère, peut subir des sanctions

civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, et qui peuvent aller jusqu'au recouvrement de ces fonds déboursés.

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 la 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](mailto: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 I - ADAP/Ryan White Part B Program

Demande d'aide à Tests en laboratoire



1. Renseignements sur le client

Nom : _____ Ryan White ID : DHS

2. Demande de renseignements

Montant de l'aide demandée : \$ _____

Faire un chèque à l'ordre de : _____

Adresse de paiement :

*** ADAP ne peut payer que les tests de laboratoire suivants :**

- CD4
- Charge virale
- Génotype/phénotype
- Trophile Assay
- D'autres laboratoires liés au traitement du VIH peuvent être couverts au cas par cas

3. Pièces jointes

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

Veillez joindre :

- Une facture détaillée indiquant le nom, le coût et la date de chaque laboratoire terminé et les déductions d'assurance. Les membres doivent faire traiter leurs factures de laboratoire par toutes les autres formes d'assurance avant de les soumettre à ADAP. Les tests de laboratoire non couverts par ADAP doivent être payés par le participant.
- Autorisation de mise en liberté du ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine (formulaire d'information rempli avec les renseignements de votre laboratoire)

Je comprends qu'ADAP ne peut pas payer les factures de plus de 90 jours. Je comprends que tout remboursement des paiements effectués par l'ADAP en mon nom doit être retourné à l'ADAP. Toutes les informations que j'ai partagées sur ce formulaire sont vraies.

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

End date:

Approved. Not approved. Reason:

Staff initials: