

Formulário N - 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.

Utilize este pedido para se candidatar a receber ajuda para pagamento de contas dentárias dentro de 90 dias após o serviço.	<p>A assistência dentária está disponível para pessoas com VIH/SIDA que:</p> <ul style="list-style-type: none">• residem no Maine;• ganham menos de 350% do nível federal de pobreza (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines);• não conseguem ajuda em nenhum outro lugar; E• não atingiram o limite anual.
O que precisa para se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o formulário de candidatura de 1 página.• Anexe um plano de tratamento do seu dentista, uma cópia da conta que deseja que seja paga e um formulário de autorização para nos permitir falar com o seu dentista, caso haja dúvidas sobre o pagamento.• Não podemos pagar mais do que uma consulta dentária antecipadamente.
Como se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Envie o seu pedido de candidatura preenchido e os anexos para: Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax: (207) 287-3498
O que acontece depois?	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o 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.)• Assim que recebermos o seu pedido de candidatura completo, receberá uma carta a informá-lo se o pagamento foi aprovado ou recusado.• 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.
Obtenha ajuda para este pedido de candidatura	<ul style="list-style-type: none">• Telefone: (207) 287-3747. Os utilizadores de TTY devem ligar para o Maine Relay 711• Fax: (207) 287-3498• E-mail: RyanWhitePartB@maine.gov
Se precisar de ajuda para encontrar um dentista	<ul style="list-style-type: none">• As clínicas dentárias comunitárias, bem como a clínica dentária da Universidade da Nova Inglaterra, estão familiarizadas com os requisitos do nosso programa e com a documentação necessária.• Contacte o seu gestor de casos para obter uma recomendação perto de si

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; Seção 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 atividades 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. 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.

Formulário N - Programa Ryan White Parte B

Pedido de Assistência Dentária



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: \$

Procedimentos dentários a serem efectuados:

Data da consulta:

Emita o cheque em nome de:

Endereço para pagamento:

Número de Identificação do paciente/número de conta

3. Pagador de última instância

A assistência Ryan White só está disponível quando nenhum outro programa ou assistência pode ajudar.

Tem seguro dentário? ☐ Sim ☐ Não

É veterano das Forças Armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Tem assistência do MaineCare? ☐ Completo ☐ Isenção ☐ Nenhum

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

4. Anexos:

Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.

Por favor inclua em anexo:

- ☐ Um plano de tratamento dentário assinado por um prestador de serviços dentários licenciado, E
- ☐ Documentação dos serviços prestados (não pode ter mais de 90 dias), E
- ☐ O formulário de Autorização para Divulgação de Informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com as credenciais do dentista

5. 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

Apenas para uso administrativo:

Data de Receção:

Data de Conclusão:

Data de Entrada:

Quantia usada até à data: \$

Data de Finalização:

FPL:

☐ Aprovado. ☐ Não aprovado. Motivo:

Rúbrica do funcionário: