

# Formulaire O - 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.**

<p><b>Utilisez cette application pour demander une aide au paiement de vos factures de logement ou de services publics dans un délai de 90 jours.</b></p>	<p>Une aide au Logement est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vivre dans le Maine ;</li> <li>• dont les revenus sont inférieurs à 350 % du seuil fédéral de pauvreté (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>) ;</li> <li>• ne peut obtenir d'aide ailleurs ; ET</li> <li>• n'ont pas atteint un plafond annuel.</li> </ul>
<p><b>Ce dont vous avez besoin pour postuler :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de candidature de deux (2) pages.</li> <li>• Joignez une copie de la facture ou du devis que vous souhaitez faire payer, ainsi qu'un formulaire d'autorisation nous permettant de contacter la personne à qui nous versons le paiement si nous avons des questions à ce sujet.</li> <li>• Nous ne pouvons pas prendre en charge les frais de reconnexion ni les frais financiers.</li> <li>• Nous ne pouvons pas payer plus qu'un plein d'essence.</li> </ul>
<p><b>Comment postuler :</b></p>	<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>
<p><b>Que va-t-il se passer ensuite ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez les deux pages du 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>
<p><b>Obtenir de l'aide pour cette application</b></p>	<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>• E-mail : <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 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 O - Programme Ryan White Part B

## Demande d'Aide au Logement



Date : \_\_\_\_\_

### 1. Informations sur le Client

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

Le revenu de votre ménage a-t-il augmenté au cours des six derniers mois ?

☐ Non ☐ Oui, pour un montant de \_\_\_\_\_ \$ par mois

### 2. Demander des Informations

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

L'aide est destinée à (cochez une case) :

☐ Electricité

☐ Chaleur

☐ Part du loyer à la charge du demandeur pour le mois de \_\_\_\_\_

Combien de personnes vivent dans le foyer ? \_\_\_\_\_

Libellez votre chèque à l'ordre de : \_\_\_\_\_

Adresse pour le paiement :

Numéro de compte ou adresse de location : \_\_\_\_\_

### 3. Payeur en dernier ressort

**L'aide Ryan White n'est disponible que lorsqu'aucun autre programme ou aide ne peut apporter de soutien. Veuillez expliquer pourquoi aucune autre ressource n'est disponible ou n'est suffisante pour répondre à vos besoins :**

**Si le Programme Ryan White ne prend pas en charge l'intégralité du coût des services, comment le reste sera-t-il financé ?**

#### Réservé à l'usage du bureau :

Date de Réception :

Date d'Achèvement :

Date d'Entrée :

Montant utilisé à ce jour : \$

Date de fin :

FPL :

☐ Approuvé. ☐ Non approuvé. Raison :

Initiales du personnel :

#### 4. Plan de Logement

Décrivez votre situation actuelle en matière de logement :

- ☐ Stable/permanent  
☐ Logement temporaire  
☐ Logement précaire

Quel est votre plan pour maintenir une situation de vie stable à long terme après cette aide ?

Bénéficiez-vous d'autres aides au logement ?

Type d'Aide	Oui	Non	En attente
HOPWA			
Section 8			
Refuge + Soins			
BRAP			
Logement Social			
Assistance Générale			
LIHEAP			
Autres :			

#### 5. Pièces jointes

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

Pour obtenir de l'aide concernant le chauffage ou l'électricité, veuillez joindre :

- ☐ Facture ou relevé de frais portant le nom du client (datant de moins de 90 jours) ET
- ☐ Formulaire d'Autorisation de Divulgence d'Informations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Maine rempli avec les coordonnées du bénéficiaire.

Pour obtenir de l'aide pour le loyer ou un logement d'urgence/temporaire, veuillez joindre :

- ☐ Contrat de location, bail ou attestation de location mentionnant le nom du client, ET
- ☐ Formulaire fiscal W-9 rempli par le propriétaire, ET
- ☐ Formulaire d'Autorisation de Divulgence d'Informations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Maine rempli avec les coordonnées du bénéficiaire.

#### 6. 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