

Formulário S - 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 Prémios Medicare Parte D.	Ajuda para seguro de saúde está disponível para pessoas com VIH/SIDA que: <ul style="list-style-type: none">• residem no Maine;• ganham menos de 500% do nível federal de pobreza (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines); E• não conseguem ajuda em nenhum outro lugar.
O que precisa para se candidatar:	<ul style="list-style-type: none">• Preencha e assine o formulário de candidatura de 1 página.• Envie-nos a sua conta do seguro de saúde e o formulário de autorização do DHHS para que possamos entrar em contacto com a sua companhia de seguros caso tenhamos alguma dúvida sobre o pagamento.• O ADAP só pode pagar os prémios da Parte D se você não tiver o MaineCare.• O pagamento deve ser feito directamente à companhia de seguros. O ADAP não pode reembolsar os clientes pelos prémios deduzidos dos salários.
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 recebemos 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.DHHS@maine.gov

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

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; Secção 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 actividades 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 S - Programa Ryan White Parte B

Candidatura para Assistência com Prémios Medicare Parte D



1. Informação Sobre o Cliente

Nome: _____ Número de Identificação Ryan White: DHS _____

2. Informações Sobre o Seguro

Companhia de seguros: _____ *

Endereço para pagamento:

Quantia mensal do prémio: _____ \$ Número de conta/apólice: _____

* O pagamento deve ser feito directamente à companhia de seguros.

3. Anexos:

Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.

Por favor inclua em anexo:

- Uma fatura dos seus prémios do Medicare Parte D.
- Uma cópia do seu cartão do Medicare Parte D.
- O formulário de Autorização para Divulgação de Informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com as informações da sua companhia de seguros de saúde

4. Acordo do Cliente

Rubrique todas as áreas abaixo para poder receber assistência dos seguros:

- ____ Compreendo que, se tiver o MaineCare, o ADAP não pode pagar a minha Parte D do Medicare, porque o MaineCare irá pagá-la.
- ____ Compreendo que tenho de contactar o ADAP no prazo de 10 dias após qualquer alteração nas minhas informações de contacto (morada ou número de telefone).
- ____ Compreendo que tenho de renovar a minha certificação junto do ADAP todos os anos, sob pena de perder o meu seguro. Se eu perder o meu seguro, talvez não consiga obter outro até ao próximo período de inscrição aberta.
- ____ Compreendo que tenho de enviar ao ADAP uma factura do meu seguro todos os anos para garantir que o valor correcto está a ser pago **ou** sempre que o meu prémio for alterado.
- ____ Compreendo que, se receber cheques da minha companhia de seguros por pagamento excessivo de prémios e/ou copagamentos, o cheque deve ser enviado ao ADAP.
- ____ Todas as informações que partilhei neste formulário são verdadeiras.

Nome em letra de imprensa

Assinatura

Data

Apenas para uso administrativo:

Data de Recepção:

Data de Conclusão:

Data de Entrada:

Data de Finalização:

Aprovado. Não aprovado. Motivo:

Rúbrica do funcionário: