

Formulário H - 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 seguro de saúde.	<p>Ajuda para seguro de saúde através da entidade patronal está disponível para pessoas com VIH/SIDA que:</p> <ul style="list-style-type: none">• residem no Maine;• ganham menos de 500% do nível federal de pobreza (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines);• não conseguem ajuda em nenhum outro lugar; E• têm uma entidade patronal ou seguradora que aceita pagamentos do ADAP.
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 pagamento tem de ser efectuado directamente à companhia de seguros ou entidade patronal. 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 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.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 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 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 H - Programa Ryan White Parte B

Candidatura para Assistência com

Prémio do Seguro de Saúde da Entidade Patronal



1. Informação Sobre o Cliente

Nome: _____ Número de Identificação Ryan White: DHS

2. Informações Sobre o Seguro

Entidade Patronal _____

Companhia de seguros: _____

Quantia mensal do prémio: _____ \$

Número de conta/apólice: _____

Trata-se de um plano COBRA? ☐ Não ☐ Sim, data de início: _____

3. Anexos:

Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.

Por favor inclua em anexo:

- Uma factura detalhada do seu seguro de saúde. O ADAP pode pagar somente o seguro médico de clientes do ADAP.
- 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
- O formulário de Autorização para Divulgação de Informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine preenchido com as informações de contacto dos recursos/benefícios humanos da sua entidade patronal.

4. Acordo do Cliente

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

_____ Compreendo que devo contactar a ADAP no prazo de 10 dias se o meu endereço, número de telefone ou rendimento sofrerem alterações.

_____ Compreendo que devo renovar a minha certificação junto da ADAP todos os anos, caso contrário posso perder o apoio ao meu seguro.

_____ Compreendo que a ADAP tem de pagar directamente à companhia de seguros ou à minha entidade patronal. O ADAP não me pode reembolsar pelos prémios deduzidos dos salários.

_____ Compreendo que devo entregar à ADAP uma factura do prémio no início de cada ano e sempre que o meu prémio sofrer alterações.

_____ 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.

_____ Compreendo que, se perder o meu seguro, posso não conseguir obter outro seguro até ao próximo período de inscrição aberta.

_____ 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: