

# Formulário G - 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.**

<b>Utilize este pedido para se candidatar a receber ajuda para pagamento de seguro de saúde.</b>	Ajuda para seguro de saúde está disponível para pessoas com VIH/SIDA que: <ul style="list-style-type: none"><li>• residem no Maine;</li><li>• ganham menos de 500% do nível federal de pobreza (<a href="https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines">https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines</a>); E</li><li>• não conseguem ajuda em nenhum outro lugar.</li></ul>
<b>O que precisa para se candidatar:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha e assine o formulário de candidatura de 1 página.</li><li>• 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.</li><li>• O pagamento tem de ser efectuado directamente à companhia de seguros ou entidade patronal. O ADAP <b>não</b> pode reembolsar os clientes pelos prémios deduzidos dos salários.</li></ul>
<b>Como se candidatar:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envie o seu pedido de candidatura preenchido e os anexos para: <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>
<b>O que acontece depois?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.)</li><li>• Assim que recebermos o seu pedido de candidatura completo, receberá uma carta a informá-lo se o pagamento foi aprovado ou recusado.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Obtenha ajuda para este pedido de candidatura</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Telefone: (207) 287-3747. Os utilizadores de TTY devem ligar para o Maine Relay 711</li><li>• Fax: (207) 287-3498</li><li>• E-mail: <a href="mailto:RyanWhitePartB@maine.gov">RyanWhitePartB@maine.gov</a></li></ul>

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](mailto: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 G - Programa Ryan White Parte B

## Candidatura para Assistência com Prémios de seguros individuais privados



### 1. Informação Sobre o Cliente

Nome: \_\_\_\_\_ Número de Identificação Ryan White: DHS

### 2. Informações Sobre o Seguro

Companhia de seguros: \_\_\_\_\_

Quantia mensal do prémio: \_\_\_\_\_ \$

Número de conta/apólice: \_\_\_\_\_

Data de início da apólice: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 3. Anexos:

**\*Esta candidatura não será considerada completa sem os anexos necessários.\***

Por favor inclua em anexo:

- Uma factura actual do seu seguro de saúde
- Formulários de autorização para falar com a sua seguradora de saúde
  - **Opções de saúde comunitária:** Autorização para divulgação de informações de saúde protegidas
  - **Harvard Pilgrim:** (1) Autorização do Membro para Divulgação de Informações e (2) Representante Designado
  - **Qualquer outro seguro:** formulário de autorização para divulgação de informações da seguradora

### 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 à companhia de seguros.
- \_\_\_\_\_ Compreendo que devo entregar à ADAP uma fatura do prémio no início de cada ano e sempre que o meu prémio sofrer alterações.
- \_\_\_\_\_ Compreendo que, se receber quaisquer créditos fiscais ou subsídios, devo preencher a minha declaração de impostos federais e contactar a CoverME.gov quando o meu rendimento mudar. Se receber um reembolso por pagamento excessivo de prémios, devo devolver o reembolso ao ADAP. Se tiver impostos a pagar por pagamento insuficiente de prémios, entrarei em contacto com o ADAP para os pagar.
- \_\_\_\_\_ Compreendo que, se receber cheques da minha seguradora por pagamento excessivo de prémios e/ou copagamentos, o cheque deve ser enviado ao ADAP e devo assinar no verso «pagar à Medical Care Development».
- \_\_\_\_\_ 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: