

Form M - Ryan White Part B Program

Instructions de candidature



Le Ryan White Part B aide les personnes à faible revenu vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.

Utilisez cette application pour demander de l'aide pour payer l'assurance dentaire.	Une aide dentaire est disponible pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui : <ul style="list-style-type: none">• vivent dans le Maine ;• moins de 350% du niveau fédéral de pauvreté (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines);• ne peuvent obtenir d'aide ailleurs; ET• n'ont pas atteint un plafond annuel.
Comment présenter une demande :	<ul style="list-style-type: none">• Remplir et signer la demande d'une page• Joignez votre facture d'assurance dentaire et le formulaire de décharge DHHS afin que nous puissions parler à votre compagnie d'assurance dentaire si nous avons des questions au sujet du paiement• Si vous avez utilisé les fonds de Ryan White Part B pour payer votre assurance dentaire dans le passé, vous devrez prouver que vous avez fait votre nettoyage.
Comment postuler :	<ul style="list-style-type: none">• Envoyez votre demande dûment remplie et vos pièces jointes à : Ryan White Maine Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
Que se passe-t-il ensuite ?	<ul style="list-style-type: none">• Remplissez la demande complètement et clairement. Nous ne pouvons pas traiter les demandes avec des renseignements manquants. (Votre Ryan White ID est le même numéro DHS que vous utilisez pour ADAP.)• Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, vous recevrez une lettre vous indiquant si le paiement a été approuvé ou refusé.• Veuillez prévoir jusqu'à dix jours ouvrables pour le traitement de votre demande. Si vous n'avez pas de nouvelles de nous dans dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.
Obtenez de l'aide avec cette application	<ul style="list-style-type: none">• Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs TTY appellent le relais 711 du Maine• Fax : (207) 287-3498• E-mail : RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov

Conformément aux dispositions du paragraphe 15 de l'article 22 des MRS, toute personne qui présente sciemment de fausses déclarations écrites ou de faux documents afin de recevoir des prestations du Ministère, peut subir des sanctions civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, et qui peuvent aller jusqu'au recouvrement de ces fonds déboursés..

AVIS DE NON-DISCRIMINATION du Ministère de la santé et des services sociaux du Maine

Le ministère de la Santé et des Services à la personne (DHHS) ne fait pas de discrimination fondée sur l'incapacité, la race, la couleur, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine nationale, les convictions religieuses ou politiques, l'ascendance, l'état familial ou matrimonial, l'information génétique, l'association, l'affirmation antérieure d'une revendication ou d'un droit, ou d'une activité de dénonciation, dans l'admission ou l'accès à ses politiques, programmes, services ou activités, ou dans ses pratiques d'embauche ou d'emploi. Le présent avis est fourni conformément au titre II de la loi de 1990 sur les Américains handicapés (« ADA »), au titre VI de la loi sur les droits civils de 1964, dans sa version modifiée, à l'article 504 de la loi de 1973 sur la réhabilitation, dans sa version modifiée, à la loi sur la discrimination fondée sur l'âge de 1975. Titre IX des Amendements sur l'éducation de 1972; article 1557 de la loi sur les soins abordables ; la loi sur les droits de l'homme du Maine ; Décret exécutif concernant les contrats de services de l'État du Maine ; et toutes les autres lois et règlements interdisant cette discrimination. Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes de renseignements supplémentaires concernant l'ADA et *les pratiques d'embauche ou d'emploi* peuvent être transmises aux coordonnateurs de l'ADA/EEO du DHHS au 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-4289 (V); 207-287-1871 (V); ou relais 711 du Maine (TTY). Les questions, préoccupations, plaintes ou demandes de renseignements supplémentaires concernant l'ADA et *programmes, services ou activités* peuvent être transmises au coordonnateur de l'ADA/des droits civils du DHHS, au 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-3707 (V); Maine Relay 711 (TTY); ou ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov. Les plaintes relatives aux droits civils peuvent également être déposées auprès du Department of Health and Human Services des États-Unis, Office of Civil Rights, par téléphone au 800-368-1019 ou au 800-537-7697 (TDD); par courrier au 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201; ou électroniquement au <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Les personnes qui ont besoin d'aides auxiliaires pour communiquer efficacement dans les programmes et les services du DHHS sont invitées à faire connaître leurs besoins et leurs préférences au coordonnateur de l'ADA/des droits civils. Cet avis est disponible en médias substituts, sur demande.

Form M - Ryan White Part B Program

Demande d'aide pour l'assurance dentaire



1. Renseignements 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, sur \$ _____ par mois

2. Renseignements sur l'assurance

Compagnie d'assurance dentaire : _____

Adresse de paiement :

Numéro de compte (le cas échéant) : _____

Date de début de la prime : ___/___/___ Date de fin de la prime : ___/___/___

Montant demandé : \$ _____

3. Pièces jointes

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

Veillez joindre :

- Votre facture d'assurance dentaire
 - Si vous avez déjà eu recours à l'assurance dentaire Ryan White Part B, veuillez joindre une preuve de nettoyage dentaire au cours de la dernière année.
- Formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements du ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine rempli avec les renseignements de votre compagnie d'assurance dentaire

4. Accord du client

Je n'ai pas d'assurance dentaire. Je veux de l'aide pour payer l'assurance dentaire. Je suis d'accord pour l'utiliser pour au moins deux rendez-vous de nettoyage l'année prochaine. Je comprends que je risque de perdre mon aide dentaire Ryan White si je ne vais pas à ces rendez-vous. Je comprends que tout remboursement des paiements effectués par le Ryan White Part B Program doit être retourné au Ryan White Part B Program. Toutes les informations que j'ai partagées sur ce formulaire sont vraies.

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Office use only:

Date Received:

Date Complete:

Date Entered:

Amount used to date: \$

End date:

FPL:

Approved. Not approved. Reason:

Staff initials: