

Formulário Q - Ryan White Part B Program

Instruções da candidatura



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

Utilisez cette application pour demander une carte alimentaire. Vous pouvez en faire la demande jusqu'à une fois par mois.	Des cartes alimentaires sont disponibles pour les personnes atteintes du 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 les plafonds mensuels et annuels.
Comment présenter une demande :	<ul style="list-style-type: none">• Remplir et signer la demande d'une page
Comment postuler :	<ul style="list-style-type: none">• Envoyez votre demande dûment remplie 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 carte alimentaire par la poste ou une lettre expliquant pourquoi votre demande a été refusée.• 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.

Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine

AVISO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos ("DHHS") não discrimina com base na incapacidade, raça, cor, sexo, género, orientação sexual, idade, nacionalidade, crença religiosa ou política, ascendência, estado familiar ou civil, informação genética, associação, declaração prévia de uma reivindicação ou direito, ou atividade de denúncia, aquando da admissão ou acesso a, ou ao funcionamento das suas apólices, programas, serviços ou atividades, ou em práticas de contratação ou emprego. Este aviso é dado conforme requerido por e em conformidade com o Título II da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência de 1990 ("ADA"); Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964, tal como alterada; Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, tal como alterada; Lei de Discriminação com Base na Idade de 1975; Título IX das Alterações ao Ensino de 1972; Secção 1557 da Lei de Cuidados de Saúde Acessíveis; Lei de Direitos Humanos do Maine; Decreto-Lei sobre os Contratos de Serviços do Estado do Maine; e todas as outras leis e regulamentos que proíbem tal discriminação. Quaisquer dúvidas, preocupações, queixas ou pedidos de informação adicional em relação ao ADA e às práticas de contratação ou emprego podem ser dirigidos ao DHHS Coordenadores do ADA/EEO, para 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-4289 (V); 207-287-1871(V); ou Maine Relay 711 (TTY). Quaisquer dúvidas, preocupações, queixas ou pedidos de informação adicional em relação ao ADA e aos programas, serviços ou actividades podem ser dirigidos ao DHHS ADA/Coordenador dos Direitos Civis, para 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011; 207-287-3707 (V); Maine Relay 711 (TTY); ou ADA-CivilRights.DHHS@maine.gov. As queixas relativas a direitos civis também podem ser apresentadas junto do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Gabinete de Direitos Civis, por telefone, ligando para 800-368-1019 ou 800-537-7697 (TDD); por correio, enviando uma carta para 200 Independence Avenue, SW, Room 509, HHS Building, Washington, D.C. 20201; ou por via eletrónica, em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Recomenda-se aos indivíduos que necessitem de apoio auxiliar para uma comunicação eficaz nos programas e serviços do DHHS que informem o ADA/Coordenador dos Direitos Civis das suas necessidades e preferências. Este aviso está disponível em formatos alternativos, mediante pedido.

Formulário Q - Ryan White Part B Program

Candidatura a Assistência Alimentar



1. Dados do Cliente

Nome: _____ ID no Programa Ryan White: DHS _____

Cartão de alimentação preferido: _____ Para que mês é este cartão? _____

Hannaford/Shop N Save

Shaw's

Market Basket

Morada onde quer receber o seu cartão de alimentação: _____

O rendimento do seu agregado familiar aumentou nos últimos seis meses? Não Sim, US\$ _____ por mês

2. Pagador em último recurso

Todas as perguntas desta secção devem ser respondidas. Este formulário ser-lhe-á reenviado, se não o preencher.

Têm acesso a assistência alimentar adicional? Não Sim: _____

Descreva

Recebe benefícios SNAP (cupons de alimentação)? Não Sim, US\$ _____ por mês

Consegue aceder ao seu posto de alimentação local? Não Sim

3. Acordo com clientes

Compreendo que posso receber 50 dólares para alimentação do programa Ryan White até uma vez por vez, conforme os fundos estiverem disponíveis, e enquanto não tiver atingido o limite geral de 600 dólares por ano. Compreendo que os cartões de alimentação do programa Ryan White não podem ser usados para álcool, tabaco ou artigos não alimentares. Compreendo que posso perder a minha assistência alimentar do programa Ryan White se não utilizar este cartão conforme previsto. **Toda a informação que partilhei neste formulário é verdadeira.**

Nome impresso

Assinatura

Data

Apenas para uso do escritório:

Data de recebimento:

Data de conclusão:

Data de introdução:

Valor usado até à data: US\$

Data de término:

FPL:

Recebeu o cartão este mês? S N Aprovado. Não aprovado. Motivo:

Iniciais do funcionário: