

Formulaire S - Programme Ryan White Volet B

Instructions relatives à la demande



Le programme Ryan White Volet B apporte une aide aux personnes à faible revenu vivant avec le VIH/SIDA dans le Maine.

<p>Utilisez ce formulaire pour demander de l'aide pour payer les primes de Medicare Volet D.</p>	<p>Une aide à l'assurance maladie est disponible pour les personnes atteintes du VIH/SIDA qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vivent dans le Maine ; • gagnent moins de 500% du niveau de pauvreté fédéral (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines) ; ET • ne peuvent obtenir d'aide nulle part ailleurs.
<p>Ce qu'il vous devez faire pour postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir et signer le formulaire de demande d'une page • Nous envoyer une facture de votre assurance maladie et le formulaire de décharge du DHHS afin que nous puissions parler à votre compagnie d'assurance si nous avons des questions concernant le paiement. • ADAP ne peut payer les primes du Volet D que si vous ne bénéficiez pas de MaineCare. • Le paiement doit être effectué directement à la compagnie d'assurance. ADAP ne peut pas rembourser les clients pour les primes déduites de leur salaire.
<p>Comment postuler :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyez votre candidature remplie et les pièces jointes à : Maine Ryan White Program 40 State House Station Augusta, ME 04330 Fax : (207) 287-3498
<p>Que se passe-t-il ensuite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplissez la demande de manière complète et claire. Nous ne pouvons pas traiter les demandes pour lesquelles il manque des informations. (Votre Ryan White ID est le même numéro DHS que celui 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 les dix jours ouvrables, veuillez nous appeler.
<p>Obtenez de l'aide pour cette demande</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs de TTY appellent le Maine Relay 711 • Fax : (207) 287-3498 • Adresse mail : RyanWhitePartB.DHHS@maine.gov

Conformément à l'article 15 de la 22 MRS, toute personne qui fait sciemment de fausses déclarations écrites ou soumet sciemment de faux documents pour recevoir des prestations fournies par le département peut faire l'objet de sanctions civiles de la part de l'État du Maine devant la Cour supérieure, ce qui peut inclure, sans s'y limiter, le recouvrement des fonds versés.

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 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.

Formulaire S - Programme Ryan White Volet B

Demande d'aide pour les primes de Medicare Volet D



1. Informations sur le client

Nom: _____ Ryan White ID : DHS _____

2. Informations sur l'assurance

Compagnie d'assurance maladie : _____ *

Adresse pour le versement :

Montant de la prime mensuelle : \$ _____ Numéro de compte/police : _____

* Le paiement doit être effectué directement à la compagnie d'assurance.

3. Annexes

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

Veuillez joindre:

- Une facture pour vos primes Medicare Volet D
- Une copie de votre carte Medicare Volet D
- Le formulaire d'autorisation de divulgation d'informations du ministère de la santé et des services sociaux du Maine, rempli avec les informations de votre compagnie d'assurance maladie.

4. Accord du client

Initialiser tous les champs ci-dessous afin de bénéficier de l'assistance de l'assurance :

- ____ Je comprends que si je bénéficie de MaineCare, ADAP ne peut pas payer le Volet D de mon assurance maladie parce que MaineCare le prend en charge.
- ____ Je comprends que je dois contacter ADAP dans les 10 jours en cas de changement de mes coordonnées (adresse ou numéro de téléphone).
- ____ Je comprends que je dois me recertifier auprès d'ADAP chaque année, sous peine de perdre mon assurance. Si je perds mon assurance, il se peut que je ne puisse pas en bénéficier avant la prochaine période d'inscription ouverte.
- ____ Je comprends que je dois remettre chaque année à ADAP une facture pour mon assurance afin de m'assurer que le bon montant est payé ou chaque fois que ma prime change.
- ____ Je comprends que si je reçois un chèque de mon assureur pour un dépassement de prime et/ou de quote-part, ce chèque doit être envoyé à ADAP.
- ____ Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont exactes.

Nom imprimé

Signature

Date

Office use only:

Date Received:

Date Received:

Date Received:

End date:

End date:

End date: