

# Formulaire A - Programme Ryan White Part B

## Instructions relatives à la demande



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

<p><b>Utilisez cette application pour voir à quoi vous êtes admissible.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pourriez être admissible aux programmes d'assurance-maladie ou obtenir de l'aide pour payer votre assurance-maladie et vos médicaments</li> <li>• Vous pourriez être admissible à de l'aide pour payer les soins dentaires, le logement, les services publics et la nourriture</li> <li>• Vous pourriez être admissible à la gestion de cas pour aider à coordonner vos besoins</li> <li>• <b>Vous n'avez pas besoin de remplir cette demande si vous avez déjà ADAP</b></li> </ul>
<p><b>Comment présenter une demande :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preuve que vous vivez dans le Maine</li> <li>• Preuve de revenu pour vous et toute personne à charge (conjoint, enfants, etc.)</li> <li>• Informations sur votre assurance maladie</li> <li>• Nous pouvons également demander une preuve de votre infection au VIH, surtout si vous déménagez d'un autre État ou pays</li> </ul>
<p><b>Comment postuler :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envoyez votre demande dûment remplie et vos pièces jointes à :  <b>Ryan White Maine Program</b>  <b>40 State House Station</b>  <b>Augusta, ME 04330</b>  <b>Fax : (207) 287-3498</b></li> </ul>
<p><b>Que se passe-t-il ensuite ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez la demande complètement et clairement. Nous ne pouvons pas traiter les demandes avec des renseignements manquants.</li> <li>• Une fois que nous aurons reçu votre demande complète, quelqu'un communiquera avec vous pour vous informer des programmes auxquels vous êtes admissible.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Obtenez de l'aide avec cette application</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone : (207) 287-3747. Les utilisateurs TTY appellent le relais 711 du Maine</li> <li>• Fax : (207) 287-3498</li> <li>• E-mail : <a href="mailto:RyanWhitePartB@maine.gov">RyanWhitePartB@maine.gov</a></li> </ul>

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.

## Département de la Santé et des Services Sociaux du Maine

### AVIS DE NONDISCRIMINATION

---

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](mailto: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 substitués, sur demande.

# Formulaire A - Programme Ryan White Part B

## Demande d'accès aux services



1. Données démographiques			
Nom de famille légal : (nom de famille)			
Prénom légal : (prénom)			
Deuxième(s) prénom(s) :			
Quel nom souhaitez-vous que nous utilisions ?			
Êtes-vous un ancien combattant des forces armées américaines ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Genre actuel	Quels pronoms utilisez-vous ?	Sexe à la naissance	Date de naissance
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transgenre MTF <input type="checkbox"/> Transgenre FTM <input type="checkbox"/> Autre transgenre <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre	<input type="checkbox"/> Elle/elle <input type="checkbox"/> Il/lui <input type="checkbox"/> Ils/eux <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	_____ / _____ / _____ mois / jour / année
Numéro de sécurité sociale (le cas échéant)			
Pays de naissance			
Êtes-vous un ancien combattant des forces armées américaines ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Où habitez-vous ?			
Adresse (rue)			
Ville	État	Code postal	Comté
	Le Maine		
Où devons-nous envoyer votre courrier ? (si différent)			
Adresse (rue)			
Ville	État	Code postal	Comté

<b>Office Use Only</b>	<input type="checkbox"/> Approved. DHS _____	<input type="checkbox"/> Not approved. Reason: _____	Staff Initials: _____
Date Rcvd: _____	Date Complete: _____	Date Entered: _____	HIV verification: (check one) <input type="checkbox"/> eHARS <input type="checkbox"/> Document provided

Informations sur le contact			
Téléphone à domicile		Autre téléphone	
Téléphone portable		Adresse électronique	

Race (cocher toutes les cases correspondantes)	
<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Indien d'Asie <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Philippin <input type="checkbox"/> Japonais <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Autre asiatique
<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	
<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou autochtone de l'Alaska	
<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Natifs hawaïens ou autres insulaires du Pacifique	<input type="checkbox"/> Natif hawaïen <input type="checkbox"/> Guaméen ou Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique
<input type="checkbox"/> Blanc	

Ethnie (choisir une)	
<input type="checkbox"/> Non hispanique	
<input type="checkbox"/> Hispaniques	<input type="checkbox"/> Mexicain, Chicano/a <input type="checkbox"/> Portoricain <input type="checkbox"/> Cubain <input type="checkbox"/> Autre origine hispanique, latino-américaine ou espagnole

Facteurs de risque du HIV (cochez toutes les cases correspondantes)		
<input type="checkbox"/> Contacts sexuels entre hommes (MSM)	<input type="checkbox"/> Transmission périnatale	<input type="checkbox"/> Non signalé ou non identifié
<input type="checkbox"/> Utilisation de drogues injectables (IDU)	<input type="checkbox"/> Hémophilie/trouble de la coagulation	
<input type="checkbox"/> Contact hétérosexuel	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine/produits sanguins	

Lieu du diagnostic du HIV	
État ou pays des États-Unis où le HIV a été diagnostiqué	
HIV Statut sérologique	
<input type="checkbox"/> AIDS défini par les CDC	Date estimée du diagnostic du AIDS: ____/____/____
<input type="checkbox"/> HIV Séropositif, AIDS statut sida inconnu	
<input type="checkbox"/> HIV La séropositivité, pas le sida AIDS	Date estimée du diagnostic du HIV: ____/____/____

### Statut d'immigration (choisir un)

Ces informations ne sont utilisées que pour nous aider à déterminer si vous pouvez bénéficier de MaineCare. Nous ne partageons pas ces informations.

- Citoyen américain ou ressortissant américain
- Asilé/réfugié (statut légal accordé par le gouvernement américain)
- Demandeur d'asile. Date d'application, si elle est connue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Résident permanent légal (marié, carte verte, etc.). Date d'octroi, si elle est connue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Visa temporaire
- Inconnu

### 2. Interprétation et traduction

**PASSEZ** cette section si vous parlez et lisez l'anglais.

Avez-vous besoin d'un interprète lorsque vous parlez avec nous ?

- Non (anglais avancé)
- Oui, toujours (pas d'anglais)
- Oui, parfois (anglais moyen)
- Besoin d'aide pour l'anglais écrit uniquement

Si oui, dans quelle langue ?

Dans laquelle de ces langues souhaitez-vous que nous vous envoyions des documents ?

- Anglais
- Français
- Portuguais
- Kinyarwanda

### 3. Couverture de l'assurance maladie

#### Avez-vous une assurance privée ou COBRA ?

Non

Oui

Nom du régime :

Votre assurance est-elle souscrite auprès de votre employeur ?  Non  Oui

#### Votre assurance est-elle souscrite auprès de votre employeur ?

Non

Oui

Numéro d'identification du bénéficiaire Medicare (MBI) :

Medicare Part A (couvre les séjours à l'hôpital, les interventions chirurgicales, les analyses de laboratoire, les soins de santé à domicile)

Medicare Part B (couvre les visites chez le médecin et les autres soins ambulatoires)

Medicare Part C (appelée Medicare Advantage ; couverture combinée des hôpitaux, des soins ambulatoires et des médicaments)

Medicare Part D (couvre les prescriptions, généralement par l'intermédiaire d'un plan dont le nom contient Rx)

Nom du régime Part D

Numéro du régime Part D

<b>Bénéficiez-vous de MaineCare/Medicaid/CubCare ?</b>	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	Numéro MaineCare :
<b>Bénéficiez-vous de soins de santé militaires (VA benefits, Tricare, etc.) ?</b>	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	
<b>Avez-vous une assurance auprès de l'Indian Health Services (IHS) ?</b>	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	
<b>Avez-vous une autre forme d'assurance ou une demande en cours ?</b>	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui	Type d'assurance :
	Date à laquelle vous avez demandé à bénéficier du régime d'assurance : _____/_____/_____

**4. Informations sur les ménages et les revenus**

**Taille légale du ménage :** \_\_\_\_\_ (nombre de personnes dans le ménage)

Le ménage légal comprend les membres de la famille qui sont liés par la naissance, le mariage, l'adoption ou toute autre relation de dépendance définie par la loi, y compris la tutelle légale.

**Revenu annuel brut total du ménage :** \$ \_\_\_\_\_

Il s'agit du revenu de tous les membres du ménage légal, avant déductions. Si le revenu fluctue, veuillez estimer le revenu pour l'année entière.

**Revenu annuel brut individuel :** \$ \_\_\_\_\_

Il s'agit uniquement du revenu de la personne qui fait la demande, avant déductions. Si le revenu fluctue, veuillez estimer le revenu pour l'année entière.

<b>5. Gestion de cas</b>		
Un gestionnaire de cas peut vous aider en matière de soins médicaux et d'assurance. Il peut également vous aider à atteindre vos objectifs en matière de transport, de logement et de services juridiques. La gestion de cas est gratuite. Elle est proposée par des organisations locales.		
Si vous avez déjà un gestionnaire de cas, qui est-il ?	Nom:	Agence :
Si vous n'avez pas de gestionnaire de cas, souhaitez-vous de l'aide pour en trouver un ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

## 7. Accords du client

Contact → **Initiales sur les lignes pour indiquer les types de contact autorisés.**

\_\_\_\_\_ Vous pouvez m'envoyer des enquêtes par courrier à mon adresse.

\_\_\_\_\_ Vous pouvez m'appeler à mon (mes) numéro(s) de téléphone.

\_\_\_\_\_ Vous pouvez me laisser des messages à mon (mes) numéro(s) de téléphone.

\_\_\_\_\_ Vous pouvez m'envoyer un message à mon (mes) numéro(s) de téléphone.

\_\_\_\_\_ Vous pouvez m'envoyer un courriel à mon adresse électronique.

## 8. Consentement aux services

Règles du programme → **Apposer ses initiales dans tous les champs ci-dessous et signer le formulaire pour bénéficier des services.**

\_\_\_\_\_ Je comprends que certaines de mes informations doivent être communiquées pour que je puisse bénéficier de l'aide du programme d'aide aux malades du AIDS (ADAP). Je comprends que ces informations ne seront communiquées que si elles sont nécessaires pour que je puisse bénéficier des services. Je comprends que l'ADAP doit obtenir des informations auprès des personnes figurant sur le formulaire "Autorisation de divulgation d'informations" et leur en donner. Je comprends que je ne peux pas bénéficier d'ADAP si je ne remplis pas ce formulaire.

\_\_\_\_\_ Je comprends que je dois recertifier mes informations tous les 12 mois pour pouvoir bénéficier des services de Ryan White Part B. Je comprends que les formulaires requis me seront envoyés par courrier à mon adresse.

\_\_\_\_\_ Je comprends que les informations me concernant et les services que je reçois sont saisies dans un système informatique et communiquées au gouvernement fédéral. Je comprends que mes informations doivent être communiquées pour que je puisse bénéficier des services de Ryan White Part B.

\_\_\_\_\_ Je comprends que le revenu de mon ménage doit être inférieur au plafond de revenu du Ryan White Part B pour bénéficier des services. Je comprends que je dois fournir une preuve de mes revenus. Je comprends que je dois signaler tout changement de revenu, quelle qu'en soit la source, dans les 10 jours ouvrables suivant le changement.

\_\_\_\_\_ Je comprends que si je reçois un remboursement pour des paiements effectués en mon nom par le programme Ryan White Part B, je dois renvoyer le remboursement au programme Ryan White Part B

\_\_\_\_\_ Toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont vraies.

**Je souhaite bénéficier des services du programme Ryan White Part B pour l'année prochaine. Je comprends que je dois recertifier mes informations dans un an.**

\_\_\_\_\_

Nom imprimé

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

## 9. Annexes

**Cette demande n'est pas complète sans chacune des pièces jointes numérotées énumérées ci-dessous :**

### 1. Vérification de résidence

Veillez soumettre une copie valide et non expirée de l'un des documents suivants avec votre nom légal et votre adresse résidentielle. Une case postale ne sera acceptée que sur un permis de conduire du Maine ou une carte d'État.

- Permis de conduire du Maine ou carte d'État
- Acte ou facture d'impôt foncier
- Immatriculation ou titre de véhicule du Maine
- Talon de chèque
- Facture de services publics
- État financier
- Permis d'armes à feu dissimulées
- Permis de chasse et de pêche du Maine
- Relevé de notes ou bulletin scolaire
- Bail, contrat de location, etc.
- Déclaration de revenus ou W2
- Relevé des prestations du DHHS du Maine

Si vous logez dans un refuge pour sans-abri, demandez à un employé du refuge d'écrire une lettre indiquant que vous y séjournez.

### 2. Vérification du revenu

Veillez présenter une preuve du revenu brut de toutes les sources de votre ménage légal. Le ménage légal comprend les membres de la famille qui sont liés par la naissance, le mariage, l'adoption ou une autre relation de dépendance définie par la loi, y compris la tutelle légale. Les documents suivants sont acceptables à condition qu'ils soient datés de la dernière année :

- Lettre d'octroi de la sécurité sociale
- Copie du chèque de sécurité sociale ou du relevé bancaire indiquant le dépôt de sécurité sociale
- Formulaires d'impôt W2
- Fin d'année 1099 formulaires
- Déclaration de revenus fédérale
- Relevé des avantages de la DHHS

**Si vous ou un membre de votre ménage légal travaillez, nous avons besoin de quatre semaines de talons de paie consécutifs datés des six derniers mois.**

**Si un membre de votre ménage légal n'a pas de revenu, il doit remplir un État de revenu nul.**

### 3. Vérification du VIH

Veillez joindre une preuve de diagnostic du VIH si vous déménagez dans le Maine à partir d'un autre État ou pays.

### 4. Autorisation de communiquer des renseignements

Veillez joindre le formulaire dûment rempli d'autorisation de diffusion d'informations du Ministère de la santé et des services sociaux du Maine.