



05/02/2024

Seguem anexo os formulários de solicitação do Ryan White Dental Program (RWDP). Preencha todas as informações com a maior precisão possível. **A PARTIR DE AGORA, PRECISAMOS DOS COMPROVANTES DE RENDA, PLANO DE SAÚDE E DE RESIDÊNCIA A CADA DOZE MESES PARA TODOS OS CLIENTES ATIVOS.**

**As solicitações de recertificação enviadas antes de 30 dias da data de expiração não serão processadas. Você será notificado, e a solicitação será destruída.**

Para ter acesso aos serviços do RWDP, o cliente deve ser portador de HIV/AIDS e residir em Massachusetts ou nos três condados da região Sudeste de New Hampshire. Qualquer client podera ser encaminhado a um dentista, desde que sua renda bruta anual nao ultrapasse 500% do Indece Federal de Pobreza (para 2024: US\$ 75.300 individual; e mais US\$ 26.900 por cada dependente).

Caso o cliente tenha MassHealth, ele deverá ser atendido por um dentista que aceite MassHealth. Caso o cliente tenha seguro odontológico particular, o RWDP não poderá arcar com quaisquer copagamentos ou saldos remanescentes. Essas diretrizes fazem parte da nossa política e elas serão estritamente aplicadas.

**Antes de marcar uma consulta com um dentista, VOCÊ DEVE CONFIRMAR a sua elegibilidade e ter certeza de que o dentista escolhido participa do programa. O programa tem acordos especiais com os dentistas contratados. Os encaminhamentos devem ser emitidos diretamente pela nossa equipe. As clínicas odontológicas podem ter políticas e penalidades contra o não comparecimento a consultas e atrasos de pagamento.** O RWDP não reembolsa esses custos. É muito importante que você avise a clínica odontológica do dentista escolhido caso não possa comparecer a uma consulta agendada.

Assim que a solicitação for aprovada, você receberá uma carta informando o período de cobertura. Caso você queira que sejam enviadas correspondências para o Gerente de Caso, informe o endereço dele no campo "Endereço de correspondência."

As solicitações podem ser enviadas para nós por fax ou e-mail. Em caso de dúvidas, fale conosco. Os formulários e as informações do programa também estão disponíveis em [boston.gov/bphc-rwdp](https://boston.gov/bphc-rwdp).

Ryan White Dental Program



## Ryan White Dental Program - Lista de verificação de documentos

- ❑ **Formulário de solicitação totalmente preenchido**
- ❑ **Consentimento para o compartilhamento de informações** - Leia com cuidado, preencha, assine e informe a data. Caso não tenhamos feito um encaminhamento ainda, deixe os campos referentes às informações do dentista em branco.
- ❑ **Ryan White Dental Program - Procedimento para queixas** - Leia com cuidado, assine e informe a data.
- ❑ **Teste de HIV**- Carta assinada pelo médico ou profissional clínico informando o resultado do teste de HIV. Testes de laboratório também são aceitos. (Caso esta seja uma atualização, serão usadas as informações que já temos em nossos registros.)
- ❑ **Comprovante de renda** - (renda máxima anual de US\$ 75.300.00 por família/uma pessoa) - **envie apenas um dos documentos abaixo:**
  - Cópia da última declaração de imposto de renda
  - Cópia da declaração de SSI/SSDI
  - 2 últimos contra-cheques
  - Carta do Gerente de Caso atestando a sua renda.
- ❑ **Comprovante de residência** – (o programa exige que você more em Massachusetts ou em um destes três condados de New Hampshire: Hillsborough, Rockingham e Strafford. O endereço deve ser o mesmo informado no formulário de solicitação) -**envie apenas um dos documentos abaixo:**
  - 2 últimos contra-cheques informando o seu endereço
  - Cópia da última declaração de imposto de renda informando o seu endereço
  - Cópia da declaração de SSI/SSDI informando o seu endereço
  - Cópia de contas de luz, gas, internet
  - Cópia da carteira de motorista atual ou do documento de identidade estadual
  - Cópia da apólice do plano de saúde informando o seu endereço
  - Carta do Gerente de Caso atestando o seu endereço residencial
- ❑ **Comprovante de plano de saúde** - **envie apenas um dos documentos abaixo:**
  - Carta de aprovação do HDAP
  - Carta do plano de saúde
  - Apólice do plano de saúde
  - Carta de aprovação do MassHealth
  - Cópia do cartão de segurado do plano de saúde
  - Carta do Gerente de Caso atestando o seu plano de saúde

Lembre-se: o RWDP não cobre copagamentos ou saldos remanescentes de nenhum plano odontológico. O RWDP só pode realizar pagamentos caso os outros planos tenham se recusado e caso o serviço desejado esteja no escopo do RWDP. Após um indivíduo ter sua solicitação aceita, ele precisa atualizar seus dados a cada doze meses para se manter ativo. O RWDP só pode pagar por serviços executados enquanto a cobertura estiver ativa. Envie os formulários e comprovantes via correio ou fax.

05/02/2024



# CONSENTIMENTO PARA O COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES

Eu, \_\_\_\_\_ :

- I. Autorizo o Ryan White Dental Program (RWDP), da Boston Public Health Commission, a compartilhar com o profissional de odontologia: \_\_\_\_\_ meu nome e elegibilidade ao RWDP, incluindo meu status de HIV.
- II. Autorizo o compartilhamento do(s) meu(s) plano(s) de tratamento odontológico e outras informações confidenciais de saúde com: \_\_\_\_\_ o RWDP com o objetivo de determinar a minha elegibilidade ao RWDP. Isso inclui, entre outros, informações como o meu nome, diagnóstico de HIV, informações sobre o tratamento de abuso de substâncias e dados financeiros e de moradia. Entendo que a revisão dos meus registros por parte da equipe do RWDP só será feita para determinar a minha elegibilidade ao RWDP, e que essas informações jamais serão copiadas ou compartilhadas fora do âmbito do RWDP a não ser que isso seja expressamente autorizado por mim.
- III. Autorizo o compartilhamento do(s) meu(s) plano(s) de tratamento odontológico e outras informações confidenciais com o meu Gerente de Caso: \_\_\_\_\_.
- IV. Autorizo o RWDP a compartilhar minhas informações confidenciais com o meu medico principal: \_\_\_\_\_.
- V. Autorizo o RWDP a compartilhar minhas informações odontológicas, incluindo o meu diagnóstico de HIV, com o(a) meu(minha) companheiro(a), irmãos, pais, guardião ad litem, representante ou outros: \_\_\_\_\_.

- \* \_\_\_\_\_ (Inicial) Autorizo o uso de comunicação por telefone e e-mail entre mim e o RWDP.
- \* \_\_\_\_\_ (Inicial) Autorizo o uso de comunicação por telefone e e-mail entre o RWDP e o meu Gerente de Caso para confirmar meu nome e elegibilidade, planos de tratamento e outras informações confidenciais, conforme exigido pelo RWDP.
- \* \_\_\_\_\_ (Inicial) Autorizo o uso de comunicação por telefone e e-mail entre o RWDP e o meu profissional de odontologia para confirmar meu nome e elegibilidade, planos de tratamento e outras informações confidenciais, conforme exigido pelo RWDP.

Aceito os riscos de compartilhamento de informações mencionados acima, apesar das precauções de confidencialidade tomadas pelo RWDP. Entendo que as informações usadas ou compartilhadas referentes a esta autorização podem estar sujeitas ao recompartilhamento pelo recipiente, e se for o caso, podem não estar sujeitas às proteções de confidencialidade federais ou estaduais. Esta autorização está sujeita a revogação a qualquer momento, a menos que o programa/profissional de saúde à qual ela se refere já tenha tomado algum tipo de ação. Caso não tenha sido revogada anteriormente, esta autorização terá sua validade expirada em um (1) ano após a assinatura.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

(onde for obrigatório)



# Ryan White Dental Program

## Formulário de solicitação do cliente

Escritório -  Novo  
Uso exclusivo:  Recertificacao

Data:

### SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:  MI:  Sobrenome:

Data de nascimento:  Últimos 4 dígitos do SSN:  Nome da mãe:

Sexo biológico:  Masculino  Feminino  
*Marque uma opção*

Gênero atual:  Male  Transgênero  Female  Desconhecido  
*Marque uma opção*

Caso seja transgênero *Marque uma opção*:  Masculino para Feminino  Não especificado  Feminino para Masculino

### SEÇÃO 2 – INFORMAÇÕES DE CONTATO E DADOS

Rua:  Cidade:   
Estado:  Código postal:

Marque esta opção se o endereço residencial for o mesmo

Marque esta opção se o cliente está atualmente em situação de rua

Endereço de correspondência:  Cidade:   
Estado:  Código postal:

Telefone:  E-mail:

Marque 'Sim' ou 'Não' no campo

a) Podemos ligar para você? Sim  Não  b) Podemos deixar mensagens de voz? Sim  Não   
c) Podemos enviar um e-mail para você? Sim  Não  d) Quero que todas as correspondências sejam enviadas **apenas** para o meu Gerente de Caso Sim  Não

Gerente de Caso:  Agência:

Telefone:  E-mail:

Endereço de correspondência:  Cidade:   
Estado:  Código postal:

Raça: *Marque todas as opções que se aplicam:*

Indígena americano/Nativo do Alaska  Asiática  Negra/Afro-americana  
 Nativo do Havai/Ilhas do Pacífico  Branca  Desconhecida/Não identificada

Etnia: *Marque uma opção:*

Hispânica/Latina  Não hispânica/Latina  Desconhecido

Outros grupos raciais/étnicos *Marque todas as opções que se aplicam:*

Brasileiro  Cabo-verdiano  Europeu oriental  
 Haitiano  Português  Oriundo do Sudeste da Ásia  
 Africano subsaariano  Outro (especifique):

Idioma principal:

País de nascimento:

Ano de chegada nos EUA  
(Caso não tenha nascido nos EUA):

### SEÇÃO 3 – STATUS E DIAGNÓSTICO DE HIV

Data do diagnóstico de HIV: (MM/DD/AA)

Data do diagnóstico de AIDS (se aplicável): (MM/DD/AA)

Contagem recente de CD4:

Data: (MM/DD/AA)

Carga viral recente:

Data: (MM/DD/AA)

Categoria de exposição ao HIV: *Marque todas as opções que se aplicam*

- Homens que têm relação com outros homens (MSM)  Usuários de drogas injetáveis (IDU)  Contacto Heterossexual  
 Por meio de sangue, componentes sanguíneos, tecido  Outra resposta  Desconhecido  Hemofilia/Problemas de coagulação

Nome do médico principal:

Data da última consulta:

(MM/DD/AA)

Telefone:

Você já foi diagnosticado com Hepatite C (HCV)?

- Sim  Não

### SEÇÃO 4 – RENDA, SEGURO E MORADIA

Tem emprego?  Sim  Não

Renda anual:

Tamanho da família:

Plano de saúde: *Marque todas as opções que se aplicam*

- Nenhum  Medicare  Particular  MassHealth:  Padrão  Limitado  Outro:

Seguro odontológico: *Marque todas as opções que se aplicam*

- Nenhum  Medicare  Particular  MassHealth:  Padrão  Limitado  Outro:

Status de moradia: *Selecione uma opção*

- Moradia permanente  Moradia transitória  Abrigo de emergência  
 Instituição psiquiátrica  Instituição para tratamento de abuso de substâncias  
 Encarcerado  Morando temporariamente em casa de familiar/amigo

Em caso de moradia permanente:

- Própria  Alugada  
O aluguel é subsidiado?  
 S  N

### SEÇÃO 5 – SERVIÇOS ODONTOLÓGICO

Problema odontológico: *Marque todas as opções que se aplicam*

- Dor  Sangramento  Inchaço  Lesões orais  Doenças na gengiva  Cáries  Dente quebrado/trincado  
 Dentes faltando  Precisa de dentadura

Local da última consulta odontológica:

Telefone:

Data da última consulta: (MM/DD/AA)

- Motivo da consulta:  Rotina  Emergência  Cirurgia  
 Endodôntica  Prostética  Periodontal  Outro

O consultório odontológico sabia do seu diagnóstico de HIV?

- Sim  Não

Você ficou satisfeito com o atendimento?  Sim  Não

Caso o paciente não tenha ido ao dentista nos últimos doze meses, indique o(s) motivo(s):

- Financeiro  Confidencialidade  Discriminação  Inconveniente  
 Medo  Distância  Faltante/Desconhecido  Outro



## RYAN WHITE DENTAL PROGRAM (RWDP) - PROCEDIMENTO DE QUEIXA

As reclamações dos nossos clientes são realmente levadas a sério. Elas são gerenciadas de acordo com o alvo e a natureza delas.

Durante o processo de admissão do RWDP, o cliente precisa conhecer o procedimento de queixa contra um profissional de odontologia filiado ao RWDP ou contra o próprio RWDP.

- I. Caso o cliente tenha alguma queixa relacionada a um profissional de odontologia encaminhado pelo RWDP, ele deve ligar para (617) 534-2344 e pedir uma resolução ou um novo encaminhamento.
- II. As reclamações contra o RWDP ou contra a equipe do programa devem ser direcionadas à Diretoria do RWDP. Caso isso não satisfaça o cliente ou seu agente, a reclamação deve ser levada à Diretoria da Boston Public Health Commission/Infectious Disease Bureau, pelo telefone (617) 534-5611.

Caso alguém ligue para o RWDP para registrar uma reclamação contra um profissional de odontologia não filiado ao RWDP, a pessoa deve ser aconselhada a adotar uma das seguintes opções:

- a) Entrar em contato com o Conselho de Registro Odontológico
- b) Entrar em contato com um advogado

Assinatura do cliente: \_\_\_\_\_

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_