



03/24/2025

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 cliente poderá ser encaminhado a um dentista, desde que sua renda bruta anual não ultrapasse 500% do Índice Federal de Pobreza (para 2025: US\$ 78.250 individual; e mais US\$ 27.500 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.

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\$ 78.250,00 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.

03/24/2025

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 recompartmentamento 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

Escritório - Novo
 Uso exclusivo: Recertificação

Data: _____

Formulário de solicitação do cliente

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 Masculino para Feminino
 Transgênero Desconhecido
Marque uma opção Feminino para Masculino
 Não especificado

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 <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	b) Podemos deixar mensagens de voz?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
c) Podemos enviar um e-mail para você?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	d) Quero que todas as correspondências sejam enviadas <u>apenas</u> para o meu Gerente de Caso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Gerente de Caso: _____ Agência: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço de correspondência: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Raça: Marque todas as opções que se aplicam:

<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo do Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana
<input type="checkbox"/> Nativo do Havaí/Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Desconhecida/Não identificada

Etnia: Marque uma opção:

<input type="checkbox"/> Hispânica/Latina	<input type="checkbox"/> Não hispânica/Latina	<input type="checkbox"/> Desconhecido
-------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------

<input type="checkbox"/> Não hispânica/Latina	<input type="checkbox"/> Desconhecido
-----------------------------------------------	---------------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Brasileiro	<input type="checkbox"/> Cabo-verdiano	<input type="checkbox"/> Europeu oriental
<input type="checkbox"/> Haitiano	<input type="checkbox"/> Português	<input type="checkbox"/> Oriundo do Sudeste da Ásia
<input type="checkbox"/> Africano subsaariano	<input type="checkbox"/> 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 **MassHealth:**
 Medicare Padrão Limitado
 Particular **Outro:**

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

- MassHealth:**
 Nenhum Padrão Limitado
 Medicare
 Particular **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 á 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: _____

1010 Massachusetts Avenue - Boston, Massachusetts 02118
- TEL.: (617) 534-2344 - FAX: (617) 534-2819