

المعلومات التالية مطلوبة لتقييم أهليتك لبرنامج Ryan White بداكوتا الشمالية الجزء B.

- الهوية/العمر: أحضر سجلات تثبت هويتك وعمرك (مثل رخصة القيادة).
- الدخل: أحضر سجلات لإظهار إجمالي دخلك (قبل الضرائب) لجميع أفراد الأسرة (على سبيل المثال، أحدث نموذج ضريبي، وكعب الأجر، وSSDI، وSSI).
- الإقامة: أحضر السجلات لإظهار المكان الذي تعيش فيه (رخصة القيادة، إيصالات الإيجار، فواتير الخدمات العامة). يجب أن تكون قادرا على تقديم معرف الدولة في غضون 60 يوما من تقديم الطلب.
- التأمين الصحي: أحضر نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف).
- Medicaid/Medicare: أحضر نسخة من بطاقات Medicaid و Medicare (من الأمام والخلف).

يُرجى إكمال هذا النموذج على أفضل وجه من علمك وتقديم الوثائق المذكورة لمدير الحالة المحلي في Ryan White. يُمكنك أيضا إرسال الفاكس إلى 701-328-0338 أو البريد إلى 600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200 Ryan White Part B Program; للأسئلة، يُرجى الاتصال على 701-328-2378 أو زيارة [ndhealth.gov/hiv](http://ndhealth.gov/hiv).

#### بيانات مقدم الطلب

رقم عميل ND ADAP		رقم عميل ND Ryan White		موقع Ryan White لإدارة الحالات	
رقم الضمان الاجتماعي		الاسم الأخير		الاسم الأول	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة		عنوان الشارع	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة		العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)	
عنوان البريد الإلكتروني		رقم الهاتف الثانوي		رقم الهاتف الرئيسي	
اللغة الأولى		بلد الميلاد		تاريخ الميلاد	
التوجه الجنسي		النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> المتحولين جنسيا من ذكر إلى أنثى <input type="checkbox"/> المتحولين جنسيا من أنثى إلى ذكر <input type="checkbox"/> آخر:			
من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		العرق (اختر كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> الهنود الحمر <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض			
العلاقة		رقم هاتف جهة الاتصال في حالات الطوارئ		إسم الشخص للإتصال به في حالات الطوارئ	
الصيدلية		العيادة		اسم الطبيب	
مدينة/ولاية أو بلد (إذا خارج الولايات المتحدة) التشخيص		تاريخ التشخيص الأولي (شهر/سنة)			
<input type="checkbox"/> تعاطي المخدرات عن طريق الحقن (IDU) <input type="checkbox"/> زرع الأعضاء أو نقل الدم		<input type="checkbox"/> الاتصال بين الجنسين <input type="checkbox"/> الفترة المحيطة بالولادة (من الأم إلى الطفل) <input type="checkbox"/> مجهول		<input type="checkbox"/> فئة المخاطر (يُرجى تحديد كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (MSM) <input type="checkbox"/> الهيموفيليا/اضطراب التخثر <input type="checkbox"/> التعرض للمخاطر المرتبط بالعمل	
حالة المواطنة		<input type="checkbox"/> مواطن <input type="checkbox"/> مقيم دائم <input type="checkbox"/> تأشيرة مؤقتة <input type="checkbox"/> غير موثق			
الوضع الوظيفي		<input type="checkbox"/> موظف بدوام كامل <input type="checkbox"/> موظف بدوام جزئي <input type="checkbox"/> تعمل لحسابك الخاص <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> مُعاق <input type="checkbox"/> طالب			
اسم صاحب العمل					

حدد نوع التغطية الصحية التي لديك حالياً، ثم قم بتقديم نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف).					
<input type="checkbox"/> لا أملك تغطية صحية منذ (التاريخ):	<input type="checkbox"/> تأمين Marketplace المدفوع بواسطة برنامج Ryan White	غير ذلك VA <input type="checkbox"/> HIS <input type="checkbox"/> غير ذلك: <input type="checkbox"/>	برنامج (Medicare) الجزء A/B <input type="checkbox"/> الجزء D <input type="checkbox"/> (تغطية الأدوية)	برنامج (Medicaid) <input type="checkbox"/> تقليدي <input type="checkbox"/> توسعي <input type="checkbox"/> مؤهل بشكل مزدوج (Medicaid/Medicare)	تأمين خاص <input type="checkbox"/> يعتمد على الوظيفة <input type="checkbox"/> فرد خاص <input type="checkbox"/> طب الأسنان <input type="checkbox"/> الرؤية <input type="checkbox"/> غير ذلك:
إذا تم تحديده، يُرجى إكمال فحص التغطية الصحية والتصديق		هوية العضو	تاريخ بدء الخدمة	اسم مزود التأمين (مثل BCBS)	
		هوية العضو	تاريخ بدء الخدمة	اسم مزود التأمين (مثل BCBS)	

## فحص وتصديق التغطية الصحية

يُرجى إكمال هذا القسم إذا لم يكن لديك تغطية صحية حالياً أو كنت مسجلاً في التأمين الصحي في Marketplace الذي يدفعه برنامج Ryan White.

دخلي خلال الـ 12 شهراً الماضية أقل من 20,000 دولار.

لقد تقدمت بطلب للحصول على ND Medicaid في الأشهر 6 الماضية وتم رفضي بسبب:  
 الدخل  الجنسية/حالة الهجرة  وجود طلب غير مكتمل  
 لم أتقدم بطلب للحصول على ND Medicaid خلال الأشهر 6 الماضية.

دخلي خلال الـ 12 شهراً الماضية أكثر من 20,000 دولار. أنا أو أفراد أسرتي الآخرون موظفون ولكن:  
 صاحب العمل لا يقدم التأمين الصحي.  
 لا أحد في أسرتي يُقدم له تأمين صحي من خلال العمل الذي أنا طرف مؤهل فيه.

يجب على جميع العاملين في الأسرة أن يقوم صاحب العمل (أصحاب العمل) بإكمال أداة تغطية صاحب العمل.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية الصحية ولم تحصل عليها من خلال Medicaid أو Medicare أو خطط صاحب العمل الخاصة، فأنت لا تمثل لسياسات Ryan White الجزء B فيما يتعلق بـ "دافع الملاذ الأخير". وهذا سيجعلك غير مؤهل للحصول على خدمات Ryan White المغطاة حتى يتم الحصول على التغطية المناسبة. سيتم النظر في توفير الأدوية والخدمات لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر لتغطية الخدمات حتى تصبح الخطط نشطة.

إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على رعاية Medicaid أو Medicare أو خطط صاحب العمل الخاصة وكنت غير مؤهل، فيجب عليك التسجيل في خطة صحية مؤهلة من خلال سوق التأمين الصحي مع خطة معتمدة من Ryan White خلال فترة التسجيل المفتوحة التالية. يمكن لبرنامج Ryan White دفع حصتك من قسط التأمين. سيؤدي عدم التسجيل في خطة التأمين الصحي خلال فترة التسجيل المتاحة التالية إلى تعليق لمدة عام واحد من برنامج Ryan White الجزء B أو حتى يتم الحصول على تغطية التأمين الصحي.

(من فضلك مبدئياً) أفهم أن برنامج Ryan White الجزء B هو دافع الملاذ الأخير وقد يغطي الخدمات فقط في حالة عدم توفر دافع آخر. هذا يعني أنه إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية صحية ولم أسجل، فسيقوم Ryan White بتعليق أهليتي للحصول على Ryan White الجزء B حتى أحصل على التغطية المناسبة.

بالنسبة لمديرو الحالة:

مقدم الطلب هذا غير مؤهل حالياً لأي تغطية صحية ويتأهل لخدمات Ryan White.

هذا المتقدم مؤهل للحصول على تغطية صحية عامة أو خاصة ويجب أن يحصل على فترة 3 أشهر من تغطية RW تنتهي في: \_\_\_\_\_

لا يمثل هذا العميل لسياسات Ryan White ولا يتأهل لخدمات Ryan White.

توقيع الولي/الوصي	التاريخ
توقيع مدير الحالة	التاريخ



## تقييم الاحتياجات الأساسية

يُرجى تحديد المناطق التي تحتاج فيها إلى الإحالات والمساعدة.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> الإسكان والمرافق           | <input type="checkbox"/> الجنسية/حالة الهجرة             |
| <input type="checkbox"/> فواتير طبية                | <input type="checkbox"/> حواجز اللغة أو الحواجز الثقافية |
| <input type="checkbox"/> الغذاء والكساء             | <input type="checkbox"/> المسائل القانونية/فضايا السجن   |
| <input type="checkbox"/> دفع الفواتير/إدارة الأموال | <input type="checkbox"/> العثور على وظيفة/ الاحتفاظ بها  |

غير ذلك

## البقاء في الرعاية وتقييم مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية

متى كانت زيارتك الأخيرة مع مزود فيروس نقص المناعة البشرية؟

- خلال الأشهر الـ 6 الماضية  خلال الأشهر الـ 12 الماضية  أكثر من 12 شهرًا

- |   |   |
|---|---|
| هل تُقَمع الفيروس حاليًا؟   | هل يزيد عدد خلايا CD4 عن 200 خلية/مل؟   |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف |

- |  |   |
|--|---|
| ما هي أدوية فيروس نقص المناعة البشرية التي تتناولها حاليًا؟            | هل فاتتك أي جرعات في الأشهر الـ 12 الماضية؟                   |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، يُرجى الوصف: | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، صف: |

- هل مارست الجنس دون وقاية، أو مع شركاء جنسيين متعددين أو مجهولين، أو استخدمت إبر مشتركة مع أي شخص في الأشهر الـ 12 الماضية؟  لا  أرفض الإجابة  نعم، يُرجى الوصف:

## الفحوصات الموصى بها للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية

هل تم فحصك للإصابة بالزهري في الأشهر الـ 12 الماضية؟

- نعم  لا  غير نشط جنسيًا

هل تم اختبار الكلاميديا والسيلان في الأشهر الـ 12 الماضية؟

- نعم  لا  غير نشط جنسيًا

- |  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| هل انتِ حامل في الوقت الحالي؟  | إذا كانت الإجابة بنعم، هل تتلقين رعاية ما قبل الولادة؟   | تاريخ الولادة المُقدرة |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |                        |

## استخدام المواد وتقييم الصحة العقلية

هل تتعاطي التبغ؟

- |  |  |
|--|--|
| هل تريد الإقلاع عن التدخين في هذا الوقت؟   | هل تتعرض للتدخين غير المباشر؟  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا |

هل تسيء استخدام المخدرات أو الكحول حاليًا؟

- |   |   |
|---|---|
| إذا كان الجواب نعم، ضع علامة على جميع الإجابات المناسبة   | هل تستخدم سابق  |
| <input type="checkbox"/> الكحول <input type="checkbox"/> الشارع <input type="checkbox"/> وصفة طبية <input type="checkbox"/> حقن | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مستخدم سابق |

هل ترغب في الإحالة؟

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> خدمات الحقن | <input type="checkbox"/> الإقلاع عن التبغ | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق |
|--------------------------------------|---|---|

تعليقات

هل لديك مخاوف تتعلق بالصحة العقلية؟

- نعم  لا  مريض سابق

هل لديك تاريخ من الصدمة في حياتك؟

- |  |  |
|--|--|
| هل لديك مخاوف من سوء المعاملة جسديًا أو عاطفيًا؟                       | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا، أشعر بالأمان |  |

هل تتلقى المشورة/العلاج؟

- |  |  |
|--|--|
| هل أنت مهتم في الحصول على مساعدة؟  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق |  |

منطقة الحياة والدرجة	0 نقطة الإدارة الذاتية	1 نقطة احتياج أساسي	2 نقطة احتياج متوسط	3 نقطة احتياج عالي
<b>إدارة الحالات الطبية</b>				
الربط والاستبقاء في الرعاية الطبية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> حضر العميل جميع المواعيد الطبية لفيروس نقص المناعة البشرية في الأشهر الـ 12 الماضية.	<input type="checkbox"/> العميل غاب عن موعد واحد في الأشهر الـ 12 الماضية أو قد أعاد جدولة مواعيد متعددة.	<input type="checkbox"/> العميل غاب عن أكثر من موعد طبي واحد في الأشهر الـ 12 الماضية.	<input type="checkbox"/> لم يتم الإبلاغ عن فحوصات خلال الـ 12 شهرًا الماضية. العميل: <input type="checkbox"/> تم تشخيصه حديثًا حامل <input type="checkbox"/> ضعيف المناعة <input type="checkbox"/> تم إطلاق سراحه من إصلاحية خلال الـ 90 يومًا الماضية <input type="checkbox"/> في المستشفى أو تم نقله إلى المستشفى أو استخدم غرفة الطوارئ أو الرعاية العاجلة في آخر 30 يومًا
يفهم فيروس نقص المناعة البشرية والسلوكيات الخطرة درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> يفهم المخاطر والممارسات والسلوكيات التي تحد من الضرر ويتواصل مع الشركاء الجنسيين حول جنس أكثر أمانًا (مثل استخدام الواقي الذكري، PrEP، الاختبار)	<input type="checkbox"/> يفهم المخاطر والممارسات التي تحد من الضرر معظم الوقت.	<input type="checkbox"/> لديه معرفة ضعيفة ويشارك في السلوكيات الخطرة. يُمكن اكتشاف الكمية الفيروسية المُصاب بها. يحتاج إلى خدمات شريك.	<input type="checkbox"/> كثيرًا ما يُشارك في سلوكيات خطيرة. لا يفهم الفيروس. يوجد خطر كبير من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. يحتاج إلى خدمات شريك.
الالتزام بالأدوية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> الالتزام الكامل بالدواء ينعكس في الكمية الفيروسية التي لا يمكن الكشف عنها.	<input type="checkbox"/> يتجاوز بعض الجرعات في بعض الأحيان مع استمرار قمع الكمية الفيروسية.	<input type="checkbox"/> يتجاوز الجرعات في كثير من الأحيان. لديه كمية فيروسية يمكن الكشف عنها أقل من 200 نسخة/مل.	<input type="checkbox"/> يتجاوز الجرعات بشكل يومي ولديه كمية فيروسية أكثر من 200 نسخة/مل. يحتاج إلى مشورة الالتزام.
التغطية الصحية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لديه تغطية طبية. قادر على الحصول على الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> مُسجل في التغطية الصحية ولكنه يحتاج إلى دعم للحفاظ على التغطية.	<input type="checkbox"/> لديه تغطية طبية ولكنه يتطلب مساعدة متميزة من ADAP ودعم CM للحفاظ على التغطية.	<input type="checkbox"/> لا توجد تغطية صحية. <input type="checkbox"/> غير مؤهل للتغطية العامة أو الخاصة. <input type="checkbox"/> مؤهل ولكنه غير مُسجل.
<b>إدارة الحالات غير الطبية</b>				
الاحتياجات الأساسية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> الغذاء والملابس وغيرها من المواد الأساسية المتاحة من خلال وسائل العميل الخاصة. <input type="checkbox"/> لديه إمكانية الوصول المستمر إلى برامج المساعدة التي تحافظ على الاحتياجات الأساسية باستمرار. <input type="checkbox"/> قادر على أداء أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل (ADL)	<input type="checkbox"/> تُلبى الاحتياجات الأساسية بشكل منتظم مع الحاجة في المساعدة أحيانًا للوصول إلى برامج المساعدة. <input type="checkbox"/> غير قادر على تلبية الاحتياجات الأساسية بشكل روتيني دون مساعدة طارئة. <input type="checkbox"/> يحتاج إلى المساعدة أسبوعيًا لأداء بعض أنشطة الحياة اليومية.	<input type="checkbox"/> يحتاج بشكل روتيني إلى المساعدة في الوصول إلى برامج المساعدة لتلبية الاحتياجات الأساسية. <input type="checkbox"/> تاريخ من الصعوبات في الوصول إلى برامج المساعدة من تلقاء نفسه. <input type="checkbox"/> يكون في كثير من الأحيان بدون غذاء، أو ملابس، أو غيرها من الاحتياجات الأساسية. <input type="checkbox"/> يحتاج إلى المساعدة في المنزل يوميًا ليقوم بأنشطة الحياة اليومية.	<input type="checkbox"/> ليس لديه إمكانية الحصول على الطعام. <input type="checkbox"/> بدون معظم الاحتياجات الأساسية. <input type="checkbox"/> غير قادر على تنفيذ معظم أنشطة الحياة اليومية. <input type="checkbox"/> لا يوجد منزل لتلقي المساعدة مع أنشطة الحياة اليومية.

منطقة الحياة والدرجة	0 نقطة الإدارة الذاتية	1 نقطة احتياج أساسي	2 نقطة احتياج متوسط	3 نقطة احتياج عالي
الصحة العقلية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لا يوجد تاريخ من مشاكل الصحة العقلية. لا حاجة للإحالة.	<input type="checkbox"/> المشاكل السابقة و/أو تقارير الصعوبات/الإجهاد الحالي - يعمل على الدخول أو تشارك بالفعل في الرعاية الصحية العقلية.	<input type="checkbox"/> يواجه مشكلة في الأداء اليومي. يتطلب دعماً كبيراً. يحتاج الإحالة إلى رعاية الصحة العقلية.	<input type="checkbox"/> خطر على النفس أو الآخرين ويحتاج إلى تدخل فوري. يحتاج الإحالة إلى رعاية الصحة العقلية.
تعاطي المخدرات درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لا توجد صعوبات بسبب تعاطي المواد المخدرة. لا يحتاج إلى الإحالة.	<input type="checkbox"/> مشاكل سابقة ولكن حالياً في حالة التعافي. لم تتأثر قدرته على الأداء اليومي أو الحصول على الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> مُتعاطي للمواد المخدرة حالياً - على استعداد لطلب المساعدة. تتأثر قدرته على الأداء الطبيعي أو الحصول على الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> مُتعاطي للمواد المخدرة حالياً - ليس على استعداد لطلب المساعدة. غير قادر على الأداء الطبيعي أو الحفاظ على الرعاية الطبية.
الإسكان درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> يعيش في مساكن نظيفة ومستقرة. لا يحتاج إلى مساعدة.	<input type="checkbox"/> سكن مستقر (مدعوم أم لا). يحتاج أحياناً إلى مساعدة سكنية (أقل من مرتين في السنة).	<input type="checkbox"/> السكن المؤقت (مدعوم أم لا). انتهاكات متكررة وإشعارات إخلاء وتاريخ من التشرّد.	<input type="checkbox"/> مساكن غير مستقرة. يواجه حالياً الإخلاء أو التشرّد.
حواجز اللغة والحواجز الثقافية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لا توجد حواجز اللغة أو الحواجز الثقافية.	<input type="checkbox"/> بعض الحواجز اللغوية/الثقافية التي لا تؤثر بشكل رئيسي على إمكانية الحصول على الرعاية أو الخدمات الطبية.	<input type="checkbox"/> بعض الحواجز اللغوية/الثقافية التي لا تمنع العميل من الحصول على الرعاية والخدمات الطبية.	<input type="checkbox"/> حواجز اللغة أو الحواجز الثقافية. لا يستطيع العميل الحصول على الرعاية الطبية أو العلاج بدون خدمات الترجمة ومساعدة CM.
النقل درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> إمكانية وصول ثابتة وموثوقة إلى وسائل النقل دون الحاجة إلى دعم الوكالة.	<input type="checkbox"/> يحتاج أحياناً إلى مساعدة النقل للبقاء في الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> لديه سيارة أو بطاقة حافلة لكنه يتطلب مساعدة CM في تنسيق وتسدّد النقل.	<input type="checkbox"/> محدود الوصول أو غير قادر على الوصول إلى وسائل النقل (اللغة، القدرة المعرفية، الصحة العقلية) مما يؤثر على الحصول على الرعاية والخدمات الطبية.
مجموع النقاط:	جمع مجموع النقاط من كل سطر لتحديد المجموع 0 نقاط: الإدارة الذاتية 1-10 نقاط: إدارة الحالات الأساسية 11 - 20 نقطة: إدارة الحالات المتوسطة 21-30 نقطة: إدارة الحالات المكثفة			
ملاحظات:				

### تقديم المشورة والإحالات (لمديري الحالات)

الإحالة إلى الرعاية الطبية لفيروس نقص المناعة البشرية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	الإحالة إلى خدمات التسجيل في التغطية الصحية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
تقديم المشورة بشأن الحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	تقديم المشورة بشأن الالتزام بالأدوية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
الإحالة إلى خدمات إساءة استعمال المخدرات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	الإحالة إلى خدمات الصحة العقلية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
الإحالة إلى الخدمات الاجتماعية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	الإحالة إلى خدمات الإسكان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
الإحالات الأخرى	

**حقوق العميل:**

بصفتك مشاركًا في برنامج ND Ryan White الجزء B، يحق لك:

- أن تُعامل بإحترام وكرامة ومراعاة وشفقة.
- الحصول على خدمات إدارة الحالات أن تُعامل بإحترام وكرامة ومراعاة وشفقة.
- الحصول على خدمات إدارة الحالات دون تمييز على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو النوع أو الأصل العرقي أو الأصل القومي أو الدين أو السن أو الطبقة أو التوجه الجنسي أو القدرة البدنية و/أو العقلية.
- المشاركة في وضع خطة لخدمات إدارة الحالات.
- أن تكون على علم بالخدمات والخيارات المتاحة لك.
- التوصل إلى اتفاق مع مدير حالتك حول تكرار الاتصال بك، سواء شخصياً أو عبر الهاتف.
- يجب أن يتم التعامل مع سجلاتك الطبية وسجلات إدارة الحالات بشكل سري.
- تقديم شكوى بشأن الخدمات التي تتلقاها أو رفض الخدمات

**مسؤوليات العميل:**

كمشارك في برنامج ND Ryan White الجزء B، عليك مسؤولية:

- أن تتعامل مع العملاء والموظفين الآخرين في هذه الوكالة بإحترام ومجاملة.
- حماية سرية العملاء الآخرين الذين قد تواجههم في هذه الوكالة.
- لا تخضع مديري الحالات أو الموظفين أو العملاء الآخرين للإساءة الجسدية أو الجنسية أو اللفظية و/أو العاطفية أو التهديدات.
- شارك بقدر ما تستطيع في وضع خطة لإدارة الحالات.
- دع مدير حالتك يعرف أي مخاوف لديك حول خطة إدارة حالتك أو تغييرات في احتياجاتك.
- قم بتحديد المواعيد والاحتفاظ بها بأفضل ما لديك، أو بقدر ما يُمكن، قم بالاتصال هاتفياً أو قم بالإلغاء أو تغيير وقت الموعد.
- ابق على اتصال مع مدير حالتك من خلال إبلاغه بالتغييرات في عنوانك أو رقم هاتفك ودخلك والرد على مكالمات أو رسائل مدير الحالة بأفضل ما لديك من قدرات.
- قم بتزويد مدير حالتك بأي طلبات لدفع الفواتير في غضون 30 يوماً من تاريخ كشف الحساب وتقديم الوثائق المطلوبة.
- اتبع توجيهات مدير الحالة للحصول على المساعدة من البرامج والخدمات الأخرى المتاحة.
- البقاء في الرعاية من خلال زيارة الطبيب بانتظام واتخاذ الأدوية الموصوفة لضمان صحتك وعافيتك.
- كل ستة أشهر قم بإعادة التصديق على أهليتك والتسجيل في برنامج ND Ryan White الجزء B. يجب عليك إعادة التسجيل بحلول 30 أبريل وإعادة التصديق بحلول 31 أكتوبر من كل عام لاستمرار أهلية Ryan White.

أفهم المعلومات المذكورة أعلاه، ولقد تلقيت نسخة من سجلاتي.

التاريخ	توقيع الولي/الوصي
التاريخ	توقيع مدير الحالة

## الإفصاح عن بيانات العميل في برنامج ND Ryan White الجزء B

أنا، \_\_\_\_\_، أفوض موظفي برنامج ND Ryan White أو وكلائهم لمناقشة حالتي وتشخيصي (إذا لزم الأمر) مع مقدمي الخدمات المدرجين للحصول على الخدمات التي قد أكون مؤهلاً لها والحفاظ عليها:

المحامون	مديرو الحالة
ممثل ND Medicaid	عامل المقاطعة المالي
فريق عمل العيادة	طبيب
مقدمو التأمين	مساعدو تسجيل التأمين
اختصاصي الخدمة الاجتماعية	مقدمو الرعاية الطبية الآخرين (الصيدلي، طبيب الأسنان، الخ)

أفوض أيضاً لبرنامج ND Ryan White التحقق مع شركات التأمين الخاصة وأصحاب العمل التأمين الصحي أو التأمين على الأسنان الذي قد أحصل عليه. هذا التفويض هو لغرض وحيد هو الحصول على تواريخ معلومات الأهلية ومعلومات الأقساط من أجل المساعدة في أقساط التأمين وضمان التغطية الصحية المناسبة.

ستنتهي صلاحية هذا الإذن بعد عام واحد من تاريخ توقيعي. يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى برنامج ND Ryan White. إذا قمت بإلغاء هذا التفويض، يجوز لموظفي برنامج ND Ryan White والأشخاص المذكورين أعلاه التصرف بناءً على معلوماتي التي تم الإفصاح عنها حتى تاريخ هذا الإلغاء.

أفهم أن المعلومات الخاصة بي محمية بموجب قوانين الخصوصية للولايات والقوانين الفيدرالية. أفهم أنه لا يمكن نشر هذه المعلومات دون موافقتي، إلا وفقاً للقانون.

أفهم أنه ليس عليّ التوقيع على هذا الترخيص. إذا اخترت عدم التوقيع على هذا النموذج، فقد يُحد هذا من الخدمات التي قد تقدم لي أو يُنقص منها. إذا وقعت على هذا النموذج، بحق لي الحصول على نسخة من التفويض المُكتمل.

توقيع الولي/الوصي	التاريخ
توقيع مدير الحالة	التاريخ

## شهادة برنامج ND Ryan White الجزء B

أقر بموجبه أن تمثيل الدخل والتأمين والمساعدات المالية الأخرى الخاصة بي هو بيان حقيقي ودقيق وأن متطلبات الأهلية على النحو الوارد أعلاه قد تم الوفاء بها وتوثيقها. أفهم حقوقي ومسؤولياتي، بما في ذلك استكمال وثائق الأهلية كل 6 أشهر، والإبلاغ عن التغييرات في الدخل أو حالة التأمين أو الإقامة إلى مدير الحالة الخاص بي على الفور. أنا أفهم أنه يجب أن أعيد التسجيل كل عام بحلول 30 أبريل وإعادة التصديق بحلول 31 أكتوبر لاستمرار الأهلية. إذا فشلت في القيام بذلك، سأصبح غير مؤهل لتلقي الخدمات من خلال برنامج ND Ryan White.

توقيع الولي/الوصي	التاريخ
توقيع مدير الحالة	التاريخ