

Sljedeće informacije su potrebne da bi se procijenilo ispunjavate li uslove za dio B Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti.

- Identitet/dob:** ponesite dokumente koji dokazuju vaš identitet i dob (npr. vozačku dozvolu).
- Prihod:** donesite evidenciju koja prikazuje vaš bruto (prije oporezivanja) prihod za sve članove domaćinstva (npr. najnoviji porezni obrazac, plate, SSDI (osiguranje od invalidnosti), SSI (dodatni prihod)).
- Rezidentnost:** ponesite dokumenta koja pokazuju gdje živite (vozačka dozvola, računi o najamnini, računi za komunalije). Morate dostaviti i ID države u roku od 60 dana od prijavljivanja.
- Zdravstveno osiguranje:** ponesite kopiju kartona osiguranja (prva i zadnja stranica).
- Medicaid/Medicare:** ponesite kopiju Medicaid i Medicare kartona (prva i zadnja stranica).

Popunite ovaj obrazac najbolje što znate i dostavite popisanu dokumentaciju lokalnom menadžeru za slučaj u okviru programa Ryan White. Možete i da pošaljete faksom **na broj 701-328-0338** ili poštom na **Ryan White Part B Program; 600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200**. Za pitanja pozovite 701-328-2378 ili posjetite ndhealth.gov/hiv.

Informacije podnosioca prijave

Centar za upravljanje slučajem u okviru programa Ryan White	Broj klijenta u okviru programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti	ADAP (program pomoći za lijekove za AIDS) Broj klijenta u okviru programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti		
Ime	Prezime	Broj osiguranja		
Adresa		Grad	Savezna država	Pošanski kod
Poštanska adresa (ako se razlikuje)		Grad	Savezna država	Pošanski kod
Primarni telefonski broj	Sekundarni telefonski broj	Email adresa		
Datum rođenja	Zemlja rođenja	Primarni jezik		
Spol <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> Ženski <input type="checkbox"/> Transrodna M u Ž <input type="checkbox"/> Transrodna Ž u M <input type="checkbox"/> Ostalo:				Seksualna orijentacija
Rasa (označi sve što je primjenjivo) <input type="checkbox"/> Azijac <input type="checkbox"/> Američkoindijanska <input type="checkbox"/> Crnac/Afroamerikanac <input type="checkbox"/> s Pacifičkog ostrva <input type="checkbox"/> Bijelac				Latinoamerikanac/Latino <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Ime kontakt osobe za hitne situacije	Telefonski broj kontakt osobe za hitne situacije	Odnos		
Ime doktora	Klinika	Apoteka		
Datum početka dijagnoze (mjesec/godina)		Grad/savezna država ili zemlja (ako je izvan SAD) dijagnoze		
Kategorija rizika (odabrati sve što se primjenjuje)				
<input type="checkbox"/> Muške osobe imaju seksualni odnos s muškarcima (MSM)		<input type="checkbox"/> Heteroseksualni kontakt		<input type="checkbox"/> Upotreba droge injekcijom (IDU)
<input type="checkbox"/> Hemofilija/poremećaj zgrušavanja krvi		<input type="checkbox"/> Perinatalni (majka na dijete)		<input type="checkbox"/> Transplantacija organa ili transfuzija krvi
<input type="checkbox"/> Izloženost na radnom mjestu		<input type="checkbox"/> Nepoznato		
Status državljanstva <input type="checkbox"/> Državljanin <input type="checkbox"/> Stalni rezident <input type="checkbox"/> Privremena Viza <input type="checkbox"/> Nedokumentovano				
Status radnog odnosa <input type="checkbox"/> Stalno zaposlen <input type="checkbox"/> Zaposlen honorarno <input type="checkbox"/> Samozaposlen <input type="checkbox"/> Nezaposlen <input type="checkbox"/> Penzionisan <input type="checkbox"/> Invalid <input type="checkbox"/> Student				
Ime poslodavca				

Informacije o osiguranju

Odabrati vrstu zdravstvenog osiguranja koje trenutno imate i dostaviti kopiju istog (prva i zadnja stranica).					
Privatno osiguranje <input type="checkbox"/> poslodavac osiguravač <input type="checkbox"/> privatno pojedinačno <input type="checkbox"/> dentalno <input type="checkbox"/> očno <input type="checkbox"/> ostalo:	Medicaid <input type="checkbox"/> tradicionalno <input type="checkbox"/> prošireno <input type="checkbox"/> kvalifikovan/na za dvojno (Medicaid/Medicare)	Medicare <input type="checkbox"/> dio A/B <input type="checkbox"/> dio D (osiguranje za lijekove)	Ostalo <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> ostalo:	<input type="checkbox"/> Tržište zdravstvenog osiguranja koje plaća program Ryan White ako je odabrano, popunite obrazac Provjera zdravstvenog osiguranja i ovjera	<input type="checkbox"/> Nemam zdravstveno osiguranje od (datum):
Ime osiguravača (npr. BCBS)			ID člana	Datum početka polise	
Ime osiguravača (npr. BCBS)			ID člana	Datum početka polise	

Provjera zdravstvenog osiguranja i ovjera

Popunite ovaj odjeljak ako trenutno nemate zdravstveno osiguranje ili ste uključeni u Tržište zdravstvenog osiguranja koje plaća program Ryan White.	
<input type="checkbox"/> Moj prihod u zadnjih 12 mjeseci je ispod 20,000\$. <input type="checkbox"/> Prijavio/la sam se za Medicaid u Sjevernoj Dakoti u zadnjih 6 mjeseci i zahtjev je odbijen zbog mog: <input type="checkbox"/> prihoda <input type="checkbox"/> državljanstva/imigracijskog statusa <input type="checkbox"/> nepotpune prijave <input type="checkbox"/> Nisam se prijavio/prijavila za Medicaid u Sjevernoj Dakoti u zadnjih 6 mjeseci.	
<input type="checkbox"/> Moj prihod u zadnjih 12 mjeseci je iznad 20,000\$. Ja ili ostali članovi mogu domaćinstva smo zaposleni, ali: <input type="checkbox"/> moj poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje. <input type="checkbox"/> Nikom u mom domaćinstvu nije ponuđeno zdravstveno siguranje preko zapošljavanja za koje sam kvalifikovan(a). Poslodavac(ci) svih zaposlenih članova u domaćinstvu mora(ju) popuniti Alat poslodavca za osiguranje .	
Ako ispunjavate uslove i niste dobili zdravstveno osiguranje preko Medicaid, Medicare ili Privatnih planova kod poslodavca, niste u skladu s politikama dijela B Ryan White u vezi "uplatilac posljednja opcija." Ovo će učiniti da budete nekvalifikovani za pokrivene usluge programa Ryan White do sticanja odgovarajućeg osiguranja. Razmotriće se pružanje lijekova i usluga u periodu do tri mjeseca za pokrivanje usluga sve dok planovi ne postanu aktivni	
Ako ste se prijavili i ne ispunjavate uslove za Medicaid, Medicare ili privatne planove kod poslodavaca, morate se prijaviti za kvalifikovani zdravstveni plan putem Tržišta zdravstvenog osiguranja s odobrenim planom Ryan Whitea tokom sljedećeg otvorenog perioda prijave. Program Ryan White može platiti vaš dio premije osiguranja. Propust u prijavi na zdravstveno osiguranje tokom sljedećeg raspoloživog upisnog roka rezultiraće jednogodišnjom suspenzijom iz dijela B Programa Ryan White ili dok se ne stekne zdravstveno osiguranje.	
_____ (molim velikim slovima) Razumijem da je dio B Programa Ryan White uplatilac posljednja opcija i može pokriti usluge samo ako nema drugih dostupnih uplatilaca. To znači da ako ispunjavam uslove za zdravstveno osiguranje, a ne prijavim se, Ryan White će mi suspendirati pravo na Dio B Ryan White, dok ne dobijem odgovarajuće osiguranje.	
Za menadžere slučajeva: <input type="checkbox"/> ovaj podnosilac zahtjeva trenutno ne ispunjava uslove za bilo koje zdravstveno osiguranje i ispunjava uslove za usluge Ryana Whitea. <input type="checkbox"/> Ovaj podnosilac zahtjeva ispunjava uslove za javno ili privatno zdravstveno osiguranje i trebao bi dobiti 3 -mesečni period pokrivenosti RW-om koji ističe: _____. <input type="checkbox"/> Ovaj klijent nije u skladu s politikama Ryan White i ne ispunjava uslove za usluge Ryan White.	
Potpis klijenta/staratelja	Datum
Potpis menadžera slučaja	Datum

Karakteristike domaćinstva

Vrsta domaćinstva (odaberite jedno)	
<input type="checkbox"/> Stalno stanovanje (stan, kuća, pansion) <input type="checkbox"/> Iznajmljen stan <input type="checkbox"/> Vlastiti	
<input type="checkbox"/> Privremeno (prijelazno stanovanje za beskućnike, boravak kod prijatelja ili porodice)	
<input type="checkbox"/> Nestabilno (sklonište za hitne slučajeve, zatvor, vozilo, ulice, hotel ili motel plaćeni hitnim sredstvima)	
Primate li pomoć u stanovanju (HOPWA (prilike za stanovanje za osobe oboljele od AIDS-a), javno stanovanje, odjeljak 8)?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da, opišite:	
Opišite trenutni životni raspored (stabilnost, sigurnost, pristupačnost)	Cijena/mjesec
Koji je bio najnestabilniji stambeni status koji ste doživjeli u posljednjih 12 mjeseci?	
<input type="checkbox"/> Beskućnik ili nestabilan stan <input type="checkbox"/> Privremeni stan <input type="checkbox"/> Stabilno ili stalno stanovanje	

Veličina domaćinstva i prihod

Bračni status				
<input type="checkbox"/> Neoženjen/neudata <input type="checkbox"/> Oženjen/udata <input type="checkbox"/> Zakonski razdvojen/a <input type="checkbox"/> Rastavljen/a <input type="checkbox"/> Hudovac/hudovica <input type="checkbox"/> Ostalo:				
navedite svakog člana porodice koji živi s vama (zakonski supružnik, biološka/usvojena/pastorčad) i svakoga za koga tvrdite da je zavisian od vaših poreza. Navedite njihov prihod ako je primjenjivo. Po potrebi priložite dodatne listove.				
Ime	Odnos	Datum rođenja	Vrsta prihoda	Mjesečni bruto prihod (bez poreza)
	Samostalno			
Veličina domaćinstva		Ukupni mjesečni prihod domaćinstva		
Federalni nivo siromaštva u domaćinstvu (popunjava voditelj slučaja)				

Izjava o nepostojanju prihodu

Ako trenutno nemate prihoda, popunite sljedeće informacije.
<input type="checkbox"/> Nisam podnio/podnijela porez na dohodak u 20____. Ova izjava je tačna po mom najboljem saznanju.
<input type="checkbox"/> Trenutno nemam prihoda i nisam dobio/dobila prihod od:
Objasnite kako vaši troškovi života su zadovoljeni ako prijavite da nema trenutnog prihoda.

Procjena usluga Ryan White

Odaberite koje usluge Ryan White u Sjevernoj Dakoti i naknadu za uslugu trebate.	
<input type="checkbox"/> Upravljanje slučajem	<input type="checkbox"/> Medikamenti (ADAP)
<input type="checkbox"/> Medicinska vanambulantna njega za HIV pacijenta	<input type="checkbox"/> Premije osiguranja (ADAP (program pomoći za lijekove za AIDS))
<input type="checkbox"/> Dentalna njega	<input type="checkbox"/> Njega vida
<input type="checkbox"/> Mentalno zdravlje	<input type="checkbox"/> Nutritivni suplementi
<input type="checkbox"/> Pomoć kod najamnine i komunalija	<input type="checkbox"/> Transport
<input type="checkbox"/> Grupe za podršku oboljelima od HIV-a	
Ostalo	

Procjena osnovnih potreba

Molimo odaberite područja za koja su vam potrebna upućivanja i pomoć.	
<input type="checkbox"/> Stan/komunalije	<input type="checkbox"/> Status državljanstva/imigracioni status
<input type="checkbox"/> Medicinski računi	<input type="checkbox"/> Jezičke/kulturološke barijere
<input type="checkbox"/> Hrana i odjeća	<input type="checkbox"/> Pravni problemi/problemi s pritvorom
<input type="checkbox"/> Upravljanje plaćanjem računa/novcem	<input type="checkbox"/> Pronalaženje/zadržavanje posla
Ostalo	

Zadržavanje na Jedinici i procjena rizika od HIV-a

Kada ste zadnji put bili kod svog izvora HIV-a?	
<input type="checkbox"/> U zadnjih 6 mjeseci <input type="checkbox"/> U zadnjih 12 mjeseci <input type="checkbox"/> Duže od 12 mjeseci	
Jeste li trenutno virusno potisnuti?	Je li vaš broj CD4 iznad 200 stanica/ml?
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne znam	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne znam
Koje lijekove protiv HIV-a trenutno uzimate?	Jeste li u zadnjih 12 mjeseci propustili neku dozu?
	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da opišite:
Jeste li u zadnjih 12 mjeseci imali nezaštićen spolni odnos, višestruke ili anonimne seksualne partnere ili dijelili igle s nekim?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Odbijam odgovoriti <input type="checkbox"/> Da, opišite:	

Preporučeni pregledi za osobe koje žive s HIV-om

Jeste li testirani na sifilis u zadnjih 12 mjeseci?	Datum testiranja	Rezultat testa
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nisam seksualno aktivan/aktivna		
Jeste li u zadnjih 12 mjeseci testirani na klamidiju i gonoreju?	Datum testiranja	Rezultat testa
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nisam seksualno aktivan/aktivna		
Jeste li trenutno trudni?	Ako jeste, primete li ikakvu prenatalnu njegu?	Procijenjeni datum poroda
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	

Procjena upotrebe supstanci i mentalnog zdravlja

Da li konzumirate duhan?	Jeste li zainteresovani da sada prestanete?	Jeste li izloženi passivnom pušenju?
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Bivši pušač	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Da li trenutno koristite drogu ili alkohol?	Ako da, označite sve što se primjenjuje	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Bivši korisnik	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Ulica <input type="checkbox"/> Lijekovi na recept <input type="checkbox"/> Injekcija	
Želite li uputnicu?		
<input type="checkbox"/> Savjetovanje o zloupotrebi supstanci <input type="checkbox"/> Usluge obezbjeđenja šprica <input type="checkbox"/> Prestanak pušenja <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo		
Komentari		
Imate li problema s mentalnim zdravljem?	Komentari	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Bivši bolesnik		
Imate li istoriju traume u svom životu?	Jeste li zabrinuti zbog fizičkog ili emocionalnog zlostavljanja?	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne, osjećam se sigurnim/sigurnom	
Idete li na liječenje/savjetovanje?	Jeste li zainteresovani za pomoć?	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	

Popunjiva menadžer slučaja – Ocjena oštrine

Životno područje & bodovi	0 bodova Samoupravljanje.	1 bod Osnovne potrebe	2 boda Umjerena potreba	3 boda Velike potrebe
Upravljanje medicinskim slučajem				
Povezivanje i zadržavanje na medicinskoj njezi <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> klijent je prisustvovao svim pregledima za HIV u zadnjih 12 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Klijent je propustio jedan termin u zadnjih 12 mjeseci ili je ponovo zakazao više termina.	<input type="checkbox"/> Klijent je u zadnjih 12 mjeseci propustio više od jednog ljekarskog pregleda.	<input type="checkbox"/> Nema prijavljenih laboratorijskih rezultata u zadnjih 12 mjeseci. Klijent je: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nedavno dijagnostikovao/a <input type="checkbox"/> trudna <input type="checkbox"/> imunokompromitovan/a <input type="checkbox"/> pušten/a iz popravne ustanove u zadnjih 90 dana <input type="checkbox"/> je/bio hospitalizovan (bila hospitalizovana) ili je koristio/la Odjeljenje za urgentnu medicinu ili hitnu njegu u zadnjih 30 dana
Razumijevanje HIV-a i rizičnog ponašanja <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> razumije rizike i prakse ponašanja za smanjenje štete i komunicira sa seksualnim partnerima o sigurnijem seksu (npr. upotreba kondoma, PrEP, testiranje)	<input type="checkbox"/> razumije rizike i postupke smanjenja štete većinu vremena.	<input type="checkbox"/> Slabo poznaje i rizično se ponaša. Opterećenje virusom otkriveno. Potrebne su mu partnerske usluge.	<input type="checkbox"/> Često se upušta u rizična ponašanja. Nije virusno potisnut. Visok rizik od prenošenja HIV-a. Potrebne su mu partnerske usluge.
Pridržavanje terapije medikamentima <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> potpuno pridržavanje terapije medikamentima odražava se u neotkrivenom opterećenju virusom.	<input type="checkbox"/> Povremeno propušta doze uz kontinuiranu supresiju virusnog opterećenja.	<input type="checkbox"/> Često propušta doze. Ima detektibilno virusno opterećenje ispod 200 kopija/mL.	<input type="checkbox"/> propušta doze dnevno i ima virusno opterećenje preko 200 kopija/mL. Potrebno je savjetovanje o pridržavanju.
Zdravstveno osiguranje <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> ima zdravstveno osiguranje. Mogućnost pristupa medicinskoj njezi.	<input type="checkbox"/> Uključen u zdravstveno osiguranje, ali mu je potrebna podrška za održavanje zdravstvenog osiguranja.	<input type="checkbox"/> Ima zdravstveno osiguranje, ali zahtijeva ADAP premijsku pomoć i CM podršku za održavanje osiguranja.	<input type="checkbox"/> Nema zdravstvenog osiguranja. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ne ispunjava uslove za javno ili privatno osiguranje. <input type="checkbox"/> Ispunjava uslove, ali nije uključen.
Nemedicinsko upravljanje slučajem				
Osnovne potrebe <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> hrana, odjeća i drugi osnovni predmeti dostupni klijentu putem vlastitih sredstava. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ima stalni pristup programima pomoći koji dosljedno održavaju osnovne potrebe. <input type="checkbox"/> Može samostalno obavljati svakodnevne aktivnosti (ADL) 	<input type="checkbox"/> Osnovne potrebe podmirivale su se redovno s povremenom potrebom za pomoć u pristupu programima pomoći. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ne može rutinski zadovoljiti osnovne potrebe bez hitne pomoći. <input type="checkbox"/> Potrebna je pomoć za obavljanje nekih ADL sedmično. 	<input type="checkbox"/> Rutinski je potrebna pomoć u pristupu programima pomoći za osnovne potrebe. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Istorija poteškoća u samostalnom pristupu programima pomoći. <input type="checkbox"/> Često bez hrane, odjeće ili drugih osnovnih potreba. <input type="checkbox"/> Dnevno je potrebna ADL pomoć u kući. 	<input type="checkbox"/> Nema pristup hrani. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bez najosnovnijih potreba. <input type="checkbox"/> Ne može izvesti većinu ADL-a. <input type="checkbox"/> Nema kuće za primanje pomoći u ADL-u.

Životno područje & bodovi	0 bodova Samoupravljanje.	1 bod Osnovne potrebe	2 boda Umjerena potreba	3 boda Velike potrebe
Mentalno zdravlje <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> nema historije problema sa mentalnim zdravljem. Nema potrebe za uputnicom.	<input type="checkbox"/> Prehodni problemi i/ili izvještaji o trenutnim poteškoćama/stresu - funkcionise ili se već bavi brigom o mentalnom zdravlju.	<input type="checkbox"/> Problemi u svakodnevnom funkcionisanju. Zahtijeva značajnu podršku. Potrebna je uputnica za jedinicu mentalnog zdravlja.	<input type="checkbox"/> Opasnost po sebe ili druge i zahtijeva hitnu intervenciju. Potrebna je uputnica za jedinicu mentalnog zdravlja.
Upotreba supstanci <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> nema poteškoća s upotrebom supstanci. Nije potrebna uputnica.	<input type="checkbox"/> Prehodni problemi, ali trenutno se oporavlja. Ne utiče na sposobnost svakodnevnog funkcionisanja ili pristupa medicinskoj njezi.	<input type="checkbox"/> Trenutna upotreba supstanci – spreman/na za pomoć. Utiče na sposobnost funkcionisanja i pristupa medicinskoj njezi.	<input type="checkbox"/> Trenutna upotreba supstanci – ne želi tražiti pomoć. Ne može funkcionisati svakodnevno niti održavati medicinsku njegu.
Stanovanje <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> živi u čistom, stabilnom objektu. Ne treba pomoć.	<input type="checkbox"/> Stabilno stanovanje (subvencionisano ili ne). Povremeno je potrebna pomoć u stanovanju (<2 puta godišnje).	<input type="checkbox"/> Privremeni smještaj (subvencionisan ili ne). Česta kršenja i obavještenja o deložacijama i istorija beskućništva.	<input type="checkbox"/> Nestabilno stanovanje. Trenutno se suočava s deložacijom ili beskućništvom.
Jezičke i kulturološke barijere <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> nema jezičkih/kulturoloških barijera.	<input type="checkbox"/> Neke jezičke/kulturološke barijere koje značajno ne utiču na pristup medicinskoj njezi ili uslugama.	<input type="checkbox"/> Jezičke i kulturološke barijere koje klijentu onemogućuju pristup medicinskoj njezi i uslugama.	<input type="checkbox"/> Jezičke/kulturološke barijere. Klijent nije u mogućnosti pristupiti medicinskoj njezi ili liječenju bez prevodilačkih usluga i pomoći CM-a.
Transport <i>Ocjena oštrine:</i>	<input type="checkbox"/> ima dosljedan i pouzdan pristup transportu bez potrebe za agencijskom podrškom.	<input type="checkbox"/> Povremeno je potrebna pomoć u prijevozu da bi ostao u zdravstvenoj njezi.	<input type="checkbox"/> Ima propusnicu za automobil ili autobus, ali zahtijeva CM pomoć u koordinaciji i nadoknadi transporta.	<input type="checkbox"/> Ograničen ili nikakav pristup transportu (jezik, kognitivne sposobnosti, mentalno zdravlje) koji utiče na pristup medicinskoj njezi i uslugama.
Ukupno bodova:	zbrojite ukupne bodove iz svakog reda da biste odredili ukupan broj bodova			
	0 bodova: Samoupravljanje		1-10 bodova: Osnovno upravljanje slučajem	
	11-20 bodova: Umjereno upravljanje slučajem		21-30 bodova: Intenzivno upravljanje slučajem	
Napomene:				

Pruženo savjetovanje i preporuke (za menadžere slučajeva)

Uputnica za zdravstvenu jedinicu za HIV <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	Uputnica za uključivanje u zdravstveno osiguranje <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
Pruženo je savjetovanje o smanjenju rizika od HIV-a <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	Pruženo je savjetovanje o pridržavanju terapije medikamentima <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
Uputnica za usluge zloupotrebe droge <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	Uputnica za usluge mentalnog zdravlja <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
Uputnica za socijalne usluge <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo	Uputnica za usluge stanovanja <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
Ostale uputnice	

Prava i odgovornosti u okviru dijela b programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti

Prava Klijenta:

kao učesnik u dijelu B Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti, imate pravo da:

- budete tretirani s poštovanjem, dignitetom, razumijevanjem i saosjećanjem;
- dobijete usluge upravljanja slučajem; budete tretirani s poštovanjem, dignitetom, razumijevanjem i saosjećanjem;
- dobijete usluge upravljanja slučajem; bez diskriminacije na osnovu rase, boje, spola/rodne diskriminacije, etničnosti, nacionalnog porijekla, religije, dobi, klase, seksualne orijentacije, fizičke i /ili mentalne sposobnosti;
- učestvujete u kreiranju plana za usluge upravljanja slučajem;
- budete informisani o uslugama i opcijama koje su vam na raspolaganju;
- postignete dogovor sa svojim menadžerom slučaja u vezi frekvencije kontakata koje ćete imati, bilo lično ili telefonskim putem;
- da se vaša medicinska evidencija i evidencija upravljanja slučajem tretira na povjerljiv način;
- podnesete žalbu na usluge koje dobijate ili na uskraćivanje usluga.

Odgovornosti Klijenta:

kao učesnik u dijelu B Programa Ryan White dio B u Sjevernoj Dakoti, odgovorni ste da:

- druge klijente i osoblje ove agencije tretirate s poštovanjem i ljubaznošću;
- zaštitite povjerljivost drugih klijenata koje možete susresti u ovoj agenciji;
- ne podvrgavate menadžere slučaja, osoblje ili druge klijente fizičkom, seksualnom, verbalnom i/ili emocionalnom zlostavljanju ili prijetnjama;
- učestvujete koliko ste u mogućnosti u izradi plana za upravljanje slučajem;
- dozvolite svom menadžeru slučaja da sazna za sve probleme koje imate o vašem planu upravljanja slučajem ili promjenama vaših potreba;
- zakazujete i pridržavate se termina sastanaka najbolje što možete ili ako je moguće da telefonom otkazete ili promijenite termin sastanka;
- ostvarujete komunikaciju sa svojim menadžerom slučaja tako što ćete njega/nju obavijestiti o svojoj adresi ili telefonskom broju, prihodu, te odgovarati na pozive ili dopise menadžera slučaja najbolje što možete;
- dostaviti svom menadžeru slučaja sve zahtjeve za plaćanje računa u roku od 30 dana od datuma izvještaja te dostaviti neophodnu dokumentaciju;
- pratiti smjernice menadžera slučaja da biste dobili pomoć iz drugih raspoloživih programa i usluga.
- ostati u okviru program njege redovno posjećujući svog doktora i uzimati propisane lijekove da biste osigurali svoje zdravlje i blagostanje;
- svakih šest mjeseci ponovo potvrditi i uključiti se u dio B Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti.
Morate se ponovo uključiti do 30. aprila te ponovo potvrditi do 31. oktobra svake godine da biste nastavili biti kvalifikovani za program Ryan White.

Razumijem gore date informacije i dobio/dobila sam kopiju za svoju evidenciju.

Potpis klijenta/staratelja

Datum

Potpis menadžera slučaja

Datum

Objava informacija o klijentu u okviru dijela B Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti

Ja, _____, dajem ovlaštenje osoblju Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti ili njihovim posrednicima da razgovaraju o mom slučaju i dijagnozi (ako je potrebno) s dobavljačima usluga da bi se dobile i održavale usluge za koje mogu ispuniti uslove:

menadžerima slučaja	zagovaračima
finansijskim radnikom okruga	predstavnikom Medicaid u Sjevernoj Dakoti
doktorom	kliničkim osobljem
pomagačima kod uključenja u osiguranje	dobavljačima osiguranja
ostalim dobavljačima usluga medicinske njege	socijalnim radnikom
(apotekarom, stomatologom, itd.)	

Takođe, dajem ovlaštenje osoblju Programa Ryan White da provjeri s privatnim osiguravačima i poslodavcima koje zdravstveno ili dentalno osiguranje mogu imati. Ovo ovlaštenje je isključivo u svrhu dobijanja datuma o ispunjenju uslova za osiguranje i premijum informacija da bi pomoglo kod premija osiguranja i osiguralo odgovarajuće zdravstveno osiguranje.

Ova dozvola ističe godinu dana od mog potpisa. Ovo ovlaštenje mogu povući bilo kada preko pismenog dopisa za Program Ryan White u Sjevernoj Dakoti. Ako povučem ovo ovlaštenje, osoblje Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti te osobe navedene gore mogu djelovati na osnovu mojih informacija koje su objavljene do datuma povlačenja ovlaštenja.

Razumijem da su ove informacije o meni zaštićene zakonima savezne države i federalnim zakonima o zaštiti privatnosti. Razumijem da ove informacije ne mogu biti objavljene bez moje saglasnosti, osim kako je dato zakonom.

Razumijem da ne moram potpisati ovaj obrazac ovlaštenja. Ako odaberem nepotpisivanje ovog obrasca, to može ograničiti ili umanjiti usluge koje su mi ponuđene. Ako potpišem ovaj obrazac, imam pravo da dobijem kopiju popunjenog ovlaštenja.

Potpis klijenta/staratelja	Datum
Potpis menadžera slučaja	Datum

Certifikacija u okviru dijela B Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti

Ovim potvrđujem da je predstavljanje mojih prihoda, osiguranja i druge finansijske pomoći istinita i tačna izjava i da su gore navedeni uslovi podobnosti ispunjeni i dokumentovani.

Razumijem svoja prava i odgovornosti, uključujući popunjavanje dokumentacije o ispunjavanju uslova svakih 6 mjeseci i prijavljivanje promjena u prihodu, statusu osiguranja ili boravištu svom menadžeru slučaja odmah.

Razumijem da se moram **ponovo uključiti svake godine do 30. aprila iponovo potvrditi do 31. oktobra za nastavak ispunjavanja uslova.** Ako to ne učinim, prestaću ispunjavati uslove za primanje usluga putem programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti.

Potpis klijenta/staratelja	Datum
Potpis menadžera slučaja	Datum