

निम्न जानकारी उत्तरी डकोटा रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रमको लागि तपाईंको योग्यताको मुल्याङ्कन गर्नको लागि आवश्यक छ।

- पहिचान/उमेर:** तपाईंको पहिचान र उमेर प्रमाणित गर्ने रेकर्ड ल्याउनुहोस् (जस्तै: चालक लाइसेन्स)।
- आम्दानी:** घरको सबै सदस्यहरुको लागि तपाईंको सकल (करहरु भन्दा पहिले) आय देखाउनको लागि रेकर्ड ल्याउनुहोस् (उदाहरणको लागि सबैभन्दा हालको कर फारम, ज्याला स्टब्स, एसएसडीआइ, एसएसआइ)।
- निवास:** तपाईं कहाँ बस्नुहुन्छ (डाइभर इजाजतपत्र, भाडा रसिद, उपयोगिता बिल) देखाउनको लागि रेकर्ड ल्याउनुहोस्। तपाईं आवेदनको ६० दिन भित्र एक राज्य आईडी प्रदान गर्न सक्षम हुनु पर्छ।
- स्वास्थ्य बीमा:** बीमा कार्ड (अगाडि र पछाडि) को एक प्रतिलिपि ल्याउनुहोस्।
- चिकित्सा सहायता/औषधि:** तपाईंको चिकित्सा सहायता र औषधि कार्ड (अगाडि र पछाडि) को एक प्रतिलिपि ल्याउनुहोस्।

कृपया तपाईंको फारम सबै भन्दा राम्रो गर्नको लागि यो फारम पुरा गर्नुहोस् र स्थानीय रायन व्हाइट केस प्रबन्धकको लागि सूचीबद्ध दस्तावेजसँग प्रदान गर्नुहोस्। तपाईंले यसमा पनि प्याक्स गर्नसक्नु हुन्छ ७०१-३२८-०३३८ वा यसमा मेल गर्नुहोस् **Ryan White Part B Program; 600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200**. प्रश्नहरुको लागि, कृपया ७०१-३२८-२३७८ मा कल गर्नुहोस् वा भेट गर्नुहोस् ndhealth.gov/hiv.

आवेदकको जानकारी

रायन व्हाइट केस व्यवस्थापन साइट	एनडी रायन व्हाइट ग्राहक नम्बर	एनडी एडिपि ग्राहक नम्बर		
पहिलो नाम	थर	सोसल सेक्युरिटी नम्बर		
सडक ठेगाना	शहर	स्टेट	जिप कोड	
मेल ठेगाना (यदि फरक छ भए)	शहर	स्टेट	जिप कोड	
प्राथमिक टेलिफोन नम्बर	माध्यमिक टेलिफोन नम्बर	इ - मेल ठेगाना		
जन्म मिति	जन्मिएको देश	प्राथमिक भाषा		
लिंग <input type="checkbox"/> पुरु <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> तेस्रो लिङ्ग एम देखि ए <input type="checkbox"/> तेस्रो लिङ्ग एफ देखि एम <input type="checkbox"/> अरु:				यौन अभिविन्यास
जाति (लागु हुने सबै जाँच गर्नु) <input type="checkbox"/> एसियन <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय <input type="checkbox"/> कालो/अफ्रीकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> प्यासिफिक आइल्याण्डर <input type="checkbox"/> सेतो				हिस्पैनिक कि ल्याटिनो <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
आपतकालीन सम्पर्क नाम	आपतकालीन सम्पर्कको फोन नम्बर	सम्बन्ध		
चिकित्सकको नाम	क्लिनिक	फार्मसी		
प्रारम्भिक निदानको मिति (महिना/वर्ष)	निदान गर्नु भएको शहर/राज्य वा देश (यदि अमेरिका बाहिर भए)			
जोखिम श्रेणी (कृपया लागु हुने सबै छान्नुहोस्) <input type="checkbox"/> पुरुषहरु पुरुषसँगै यौन सम्बन्ध राख्ने (एमएसएम) <input type="checkbox"/> विषमलैङ्गिक सम्पर्क <input type="checkbox"/> सुई लागु पदार्थ प्रयोग (आइडियु) <input type="checkbox"/> हेमोफिलिया/जमावट विकार <input type="checkbox"/> प्रसवपूर्व (आमादेखि बच्चा) <input type="checkbox"/> अङ्ग प्रत्यारोपण वा रगत सार्ने <input type="checkbox"/> काम सम्बन्धी संक्रमण <input type="checkbox"/> अज्ञात				
नागरिकताको स्थिति <input type="checkbox"/> नागरिक <input type="checkbox"/> स्थायी निवासी <input type="checkbox"/> अस्थायी भिसा <input type="checkbox"/> कागजात नभएको				
रोजगारी अवस्था <input type="checkbox"/> पूर्ण समय कार्यरत <input type="checkbox"/> आंशिक समय कार्यरत <input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> अक्षम <input type="checkbox"/> विद्यार्थी				
रोजगारदाताको नाम				

बीमा जानकारी

तपाईंको वर्तमानमा रहेको स्वास्थ्य कवरेजको प्रकार छात्रोहोस् र बीमा कार्ड (अगाडि र पछाडि) को एक प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्।					
निजी बीमा	मेडिकएड	मेडिकेयर	अन्य	<input type="checkbox"/> मार्केटप्लेस बीमा	<input type="checkbox"/> मसँग स्वास्थ्य मिति
<input type="checkbox"/> रोजगारदाता आधारित	<input type="checkbox"/> परम्परागत	<input type="checkbox"/> भाग क/ख	<input type="checkbox"/> भीए	<input type="checkbox"/> रायन व्हाइट कार्यक्रम द्वारा भुक्तान	<input type="checkbox"/> चैन (मिति):
<input type="checkbox"/> निजी व्यक्ति	<input type="checkbox"/> विस्तार	<input type="checkbox"/> भाग घ (औषधि कवरेज)	<input type="checkbox"/> आइएचएस		
<input type="checkbox"/> दन्त	<input type="checkbox"/> दोहोरो योग्य (चिकित्सा सहायता/ औषधि)		<input type="checkbox"/> अन्य:	यदि छानिए, कृपया स्वास्थ्य कवरेज स्क्रिनिंग र प्रमाणीकरण पुरा गर्नुहोस्।	
<input type="checkbox"/> दृष्टि					
<input type="checkbox"/> अन्य:					
बीमा प्रदायकको नाम (जस्तै: बिसीबिएस)			सदस्यको आईडी		नीति सुरु मिति
बीमा प्रदायकको नाम (जस्तै: बिसीबिएस)			सदस्यको आईडी		नीति सुरु मिति

स्वास्थ्य कवरेज स्क्रिनिंग र प्रमाणीकरण

यदि तपाईंको वर्तमानमा कुनै स्वास्थ्य कवरेज चैन वा मार्केटप्लेस स्वास्थ्य बीमामा रायनव्हाइट कार्यक्रम द्वारा भुक्तानी गरीएको छ भने कृपया यो खण्ड पुरा गर्नुहोस्।

पछिल्लो १२ महिना को लागि मेरो आय \$ २०,००० भन्दा कम छ।

मैले विगत ६ महिनामा एनदि चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन दिएको छु र मेरो कारणले अस्वीकार गरिएको छ:

आमदानी नागरिकता/आप्रवासन स्थिति अपूर्ण आवेदन भएको

मैले विगत ६ महिनामा एनदि चिकित्साको लागि आवेदन गरेको छैन।

पछिल्लो १२ महिनामा मेरो आय \$ २०,००० भन्दा माथि छ। म, वा मेरो घर का अन्य सदस्यहरु, कार्यरत छन् तर:

मेरो रोजगारदाताले स्वास्थ्य बीमा प्रदान गर्दैन।

मेरो परिवारमा कसैलाई रोजगारको माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमाको पेशकश गरीएको छैन जसमा म एक योग्य पार्टी हुँ।

घर मा सबै कार्यरत सदस्यहरु लाई आफ्नो नियोक्ता (हरू) [नियोक्ता कवरेज उपकरण](#) पुरा हुनुपर्छ।

यदि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ र चिकित्सा सहायता, औषधि वा निजी रोजगारदाता आधारित योजनाहरुको माध्यमबाट स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त गर्नुभएको छैन, तपाईं "अन्तिम उपायको भुक्तानीकर्ता" को सम्बन्धमा रायन व्हाइट भाग ख नीतिहरूसँग अनुपालनमा छैन। यो उपयुक्त कवरेज प्राप्त नभएसम्म तपाईं रायन व्हाइट कभर गरेका सेवाहरुको लागि अयोग्य प्रदान गर्नुहुनेछ। योजनाहरु सक्रिय नहुन्जेलसम्म सेवाहरु कभर गर्नको लागि **तीन महिना सम्मको अवधि** को लागि औषधि र सेवाहरु प्रदान गर्नको लागि विचार गरिनेछ।

यदि तपाईं चिकित्सा सहायता, औषधि वा निजी रोजगारदाता आधारित योजनाहरुको लागि आवेदन दिईरहनु भएको छैन भने, तपाईंले स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेसको माध्यमबाट एक योग्य स्वास्थ्य योजनामा एक रायन व्हाइटद्वारा अनुमोदित योजनाको लागि अर्को खुला नामांकन अवधिको दौरान नामांकन गर्नु पर्छ। रायन व्हाइट कार्यक्रमले बीमा प्रीमियमको तपाईंको भाग तिर्न सक्छ। अर्को उपलब्ध नामांकन अवधि को दौरान एक स्वास्थ्य बीमा योजना मा नामांकन गर्न को लागि **एक बर्ष निलम्बन** रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रमबाट वा स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्राप्त नभएसम्म परिणाम हुनेछ।

_____ (कृपया प्रारम्भिक) म बुझ्छु कि रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रम अन्तिम रिपोर्टको एक दाता हो र मात्र सेवाहरु लाई कभर गर्न सक्छ जब त्यहाँ कुनै अन्य दाता उपलब्ध छैन। यसको मतलब यो हो कि यदि म स्वास्थ्य कवरेजको लागि योग्य छु र म भर्ना गर्दिन, रायन व्हाइट भाग ख को लागि मेरो योग्यता निलम्बन सम्म म उचित कवरेज प्राप्त गर्दछु।

केस प्रबन्धकहरुको लागि:

यो आवेदक हाल कुनै स्वास्थ्य कवरेजको लागि योग्य छैन र रायन व्हाइट सेवाहरुको लागि योग्य छ।

यो आवेदक सार्वजनिक वा निजी स्वास्थ्य कवरेज को लागि योग्य छ र आरडब्ल्यू कवरेज को ३ महिना विन्डो अवधिको अन्तमा प्राप्त गर्नु पर्छ:

_____।

यो ग्राहक रायन व्हाइट नीतिहरूसँग अनुपालनमा छैन र रायन व्हाइट सेवाहरुको लागि योग्य छैन।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति

घरेलु विशेषताहरू

आवास प्रकार (कृपया एउटा छान्नुहोस्)

स्थायी आवास (अपार्टमेन्ट, घर, बोर्डिंग हाउस) भाडामा आफ्नै

अस्थायी (बेघरको लागि संक्रमणकालीन आवास, साथीहरू वा परिवार सँग रहनु)

अस्थिर (आपतकालीन आश्रय, जेल, सवारी साधन, सडक, होटल वा मोटल आपतकालीन कोष द्वारा भुक्तान)

के तपाईंले आवास सहायता (एचओपीडब्ल्यू, सार्वजनिक आवास, धारा ८) प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ? छैन छु, कृपया वर्णन गर्नुहोस्:

वर्तमान जीवन व्यवस्था (स्थिरता, सुरक्षा, किफायती) को वर्णन लागत/महिना

विगत १२ महिनामा, सबैभन्दा अस्थिर आवास स्थिति के कस्तो अनुभव गर्नुभयो?

घरबारविहीन वा अस्थिर आवास अस्थायी आवास स्थिर वा स्थायी आवास

घरेलु आकार र आय

वैवाहिक स्थिति

एकल विवाहित कानूनी रूपमा अलग सम्बन्ध विच्छेद भयो विधवा अन्य:

तपाईंसँग साथमा रहने प्रत्येक परिवारको सदस्य (कानूनी पति, जैविक/अपनाईएको/सौतेनी बच्चाहरू) र जो कोहि तपाईंको करमा निर्भरको रूपमा दावी गर्नुहुन्छ। उपयुक्त छ भए सबैको आय सूची गर्नुहोस्। आवश्यक छ भने अतिरिक्त पानाहरू संलग्न गर्नुहोस्।

नाम	सम्बन्ध	जन्म मिति	आयको प्रकार	मासिक सकल आय (करहरू भन्दा पहिले)
	स्वयम्			
परिवार आकार			कुल मासिक घरेलु आय	
घरेलु संघीय गरीबी स्तर (केस प्रबन्धकद्वारा पुरा गरिने)				

आम्दानि नभएको कथन

यदि तपाईंको हाल कुनै आय छैन भने, कृपया निम्न जानकारी भर्नुहोस्।

मैले आयकर फाइल गरेन २० ____। यो कथन मेरो ज्ञान अनुसार सबै सही छ।

मसँग हाल कुनै आय छैन र पछि आय प्राप्त गरेको छैन:

यदि तपाईं कुनै वर्तमान आय रिपोर्ट छैन भने तपाईंको जीवन बिताउने खर्च कसरी पूरा गरीन्छ कृपया बताउनुहोस्।

रायन व्हाइट सेवा आकलन

तपाईंलाई चाहिने एनडी रायन व्हाइट सेवाहरू र सेवा प्रतिपूर्ति कृपया छान्नुहोस्।

केस व्यवस्थापन औषधि (एडिएपी)

बाह्य विरामी एचआईभी चिकित्सा सेवा बीमा प्रीमियम (एडिएपी)

दाँतको हेरचाह दृष्टि हेरचाह

मानसिक स्वास्थ्य पोषण पूरक

भाडा र उपयोगिता सहायता यातायात

एचआईभी समर्थन समूहहरू

अन्य

आधारभूत आवश्यकता आकलन

कृपया तपाईंलाई रेफरल र सहायताको आवश्यकता पर्ने क्षेत्रहरू छान्नुहोस्। <input type="checkbox"/> आवास/उपयोगिताहरू <input type="checkbox"/> मेडिकल बिल <input type="checkbox"/> खाना र लुगा <input type="checkbox"/> बिल/पैसा व्यवस्थापन तिर्ने	<input type="checkbox"/> नागरिकता/आप्रवासन स्थिति <input type="checkbox"/> भाषा/सांस्कृतिक बाधाहरू <input type="checkbox"/> कानूनी/कैद मुद्दाहरू <input type="checkbox"/> जागिर खोज्ने/राख्ने
अन्य	

एचआईभी जोखिम र हेरचाह आकलनमा अवधारण

तपाईंको एचआईभी प्रदायकसँगको अन्तिम भेट कहिले थियो?	
<input type="checkbox"/> विगत ६ महिना भित्र <input type="checkbox"/> विगत १२ महिना भित्र <input type="checkbox"/> १२ महिना भन्दा लामो	
के तपाईं हाल भाइरल दबाइमा हुनुहुन्छ?	के तपाईंको सिडी ४ गन्ती २०० कोशिकाहरू/एमएल भन्दा माथि छ?
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
तपाईं अहिले कुन एचआईभी औषधि लिइरहनुभएको छ?	के तपाईं विगत १२ महिनामा कुनै पनि खुराक याद गर्नुभयो?
	<input type="checkbox"/> गरिन <input type="checkbox"/> गरें, वर्णन गर्नुहोस्:
के तपाईंसँग असुरक्षित यौन सम्बन्ध, धेरै वा अज्ञात यौन साझेदारहरू, वा विगत १२ महिनामा कसैसँग सुई साझा गर्नुभयो?	
<input type="checkbox"/> गरिन <input type="checkbox"/> जवाफ दिन अस्वीकार गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> गरें, कृपया वर्णन गर्नुहोस्:	

एचआईभीसँग बस्ने व्यक्तिको लागि सिफारिश गरिएको स्क्रीनिंग

के तपाईंले विगत १२ महिनामा सिफिलिसको लागि परीक्षण गर्नु भएको छ?	परीक्षण मिति	परीक्षणको परिणाम
<input type="checkbox"/> गरेको छु <input type="checkbox"/> गरेको छैन <input type="checkbox"/> यौन सक्रिय छैन		
के तपाईंले पछिल्लो १२ महिनामा क्लैमिडिया र गोनोरियाको लागि परीक्षण गर्नु भएको छ?	परीक्षण मिति	परीक्षणको परिणाम
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> यौन सक्रिय छैन		
के तपाईं अहिले गर्भवती हुनुहुन्छ?	यदि हुनुहुन्छ भए, के तपाईं जन्मपूर्व हेरचाह प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?	अनुमानित वितरण मिति
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन	

पदार्थको प्रयोग र मानसिक स्वास्थ्य आकलन

के तपाईं तंबाकू प्रयोगकर्ता हुनुहुन्छ?	के तपाईं यस समयमा छोड्न रुचि राख्नुहुन्छ?	के तपाईं दोस्रो हात धुवाँबाट उजागर हुनुहुन्छ?
<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> पूर्व	<input type="checkbox"/> राख्छु <input type="checkbox"/> राख्दिन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन
के तपाईं हाल लागु पदार्थ वा रक्सीको दुरुपयोग गर्नुहुन्छ?	यदि गर्नुभएको छ भने, लागु हुने सबै जाँच गर्नुहोस्	
<input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/> पूर्व उपयोग	<input type="checkbox"/> रक्सी <input type="checkbox"/> सडक <input type="checkbox"/> डाक्टरद्वारा स्वीकृत <input type="checkbox"/> सुई लाउनु	
के तपाईं एक रेफरल चाहनुहुन्छ?		
<input type="checkbox"/> पदार्थ दुर्व्यवहार परामर्श <input type="checkbox"/> सिरिज सेवाहरू <input type="checkbox"/> तंबाकूको समाप्ति <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन		
टिप्पणीहरू		
के तपाईं मानसिक स्वास्थ्यको चिन्ता छ?	टिप्पणीहरू	
<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> पूर्व		
के तपाईंको जीवनमा मानसिक आघातको इतिहास छ?	के तपाईंमा शारीरिक वा भावनात्मक दुर्व्यवहारको चिन्ता छ?	
<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन, म सुरक्षित महसुस गर्छु	
के तपाईं परामर्श/उपचार प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?	के तपाईं मद्दत प्राप्त गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ?	
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	

केस प्रबन्धकद्वारा परा गर्नेको लागि - तीक्ष्णता स्केल

जीवन क्षेत्र र स्कोर	शून्य अंक आत्म एमजीएनति	१ अंक आधारभूत आवश्यकता	२ अंक मध्यम आवश्यकता	३ अंक उच्च आवश्यकता
मेडिकल केस व्यवस्थापन				
मेडिकल केयरमा यसबाट हुने जोखिम तीव्रता स्कोर:	<input type="checkbox"/> ग्राहक पछिल्लो १२ महिनामा सबै एचआईवी चिकित्सा नियुक्तिमा भाग लिनुभयो।	<input type="checkbox"/> ग्राहक पछिल्लो १२ महिनामा एउटा अपोइन्टमेन्ट छुटेको छ वा धेरै अपोइन्टमेन्टको समयतालिका तय गरेको छ।	<input type="checkbox"/> ग्राहक पछिल्लो १२ महिनामा एक भन्दा बढी मेडिकल अपोइन्टमेन्ट छुटे।	<input type="checkbox"/> विगत १२ महिनामा कुनै रिपोर्ट ल्याबहरु भएका छैनन्। ग्राहक: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> नयाँ निदान <input type="checkbox"/> गर्भवती <input type="checkbox"/> प्रतिरक्षा सम्झौता <input type="checkbox"/> विगत ९० दिन भित्र एक सुधारात्मक सुविधाबाट प्रकाशन <input type="checkbox"/> अस्पतालमा भर्ना भएको थियो वा ईआर वा पछिल्लो ३० दिनमा जरुरी हेरचाह प्रयोग गरीएको हो/थियो
एचआईभी र यसबाट हुने जोखिम तीव्रता स्कोर:	<input type="checkbox"/> सुरक्षित यौन सम्बन्धको बारेमा यौन साझेदारहरु सँग कुराकानी गर्दछन् र जोखिम बुझ्छन् (जस्तै कण्डमको उपयोग,	<input type="checkbox"/> जोखिम बुझ्छन् र धेरैजसो हानि घटाउने अभ्यास गर्छन्।	<input type="checkbox"/> खराब ज्ञान छ र जोखिमपूर्ण व्यवहारमा संलग्न छ। भाइरल लोड पत्ता लगाउन सकिने। साझेदार सेवाहरु चाहिन्छ।	<input type="checkbox"/> बारम्बार जोखिमपूर्ण व्यवहारमा संलग्न। भाइरल रूपमा दबाइएको छैन। एचआईभी संक्रमणको उच्च जोखिम। साझेदार सेवाहरु चाहिन्छ।
चिकित्सा अनपालन तीव्रता स्कोर:	<input type="checkbox"/> पुरा औषधि पालन भाइरल लोडमा प्रतिबिम्बित पत्ता लगाउन	<input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ निरन्तर भाइरल लोड दमन सँग खुराक लिदैन।	<input type="checkbox"/> बारम्बार खुराक लिन भुल्छ। २०० प्रतिलिपि/एमएल तल एक पत्ता लगाउन सकिने	<input type="checkbox"/> दैनिक खुराक याद छ र २०० प्रतिलिपि/एमएल एक भाइरल लोड छ। पालन सल्लाह आवश्यक छ।
स्वास्थ्य कवरेज तीव्रता स्कोर:	<input type="checkbox"/> मेडिकल कभरेज छ। चिकित्सा सेवामा पहुँच गर्न सक्षम।	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य कवरेजमा भर्ना तर कवरेज कायम राख्न समर्थन चाहिन्छ।	<input type="checkbox"/> चिकित्सा कवरेज छ तर एडिएपी प्रीमियम सहायता र सीएम समर्थन कवरेज कायम राख्न को लागि आवश्यक छ।	<input type="checkbox"/> कुनै स्वास्थ्य कवरेज छैन। <input type="checkbox"/> सार्वजनिक वा निजी कवरेजको लागि योग्य छैन। <input type="checkbox"/> योग्य तर भर्ना भएको छैन।
गैर मेडिकल केस व्यवस्थापन				
आधारभूत आवश्यकताहरू तीव्रता स्कोर:	<input type="checkbox"/> खाना, कपडा, र ग्राहकको आफ्नै माध्यमबाट उपलब्ध अन्य आधारभूत वस्तुहरु। कार्यक्रमहरुको लागि निरन्तर पहुँच छ जसले आधारभूत आवश्यकताहरुलाई	<input type="checkbox"/> कार्यक्रमको पहुँचमा मद्दतको लागि आधारभूत आवश्यकताहरु सहायता सामयिक आवश्यकता सँग एक नियमित आधारमा	<input type="checkbox"/> नियमित रूपमा आधारभूत आवश्यकताहरुको लागि सहायता कार्यक्रमहरुलाई पहुँच गर्न मद्दतको आवश्यकता	<input type="checkbox"/> खानाको पहुँच छैन। <input type="checkbox"/> धेरै आधारभूत आवश्यकताहरु बिना। <input type="checkbox"/> धेरै एडिएल प्रदर्शन गर्न असमर्थ। <input type="checkbox"/> एडिएलसँग सहयोग प्राप्त गर्नेको लागि कुनै घर छैन।
मानसिक स्वास्थ्य तीव्रता स्कोर:	<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्याको कुनै इतिहास छैन। रेफरल को लागि कुनै आवश्यकता छैन।	<input type="checkbox"/> विगतका समस्याहरु र/वा रिपोर्ट वर्तमान कठिनाइहरु/तनाव - काम गरीरहेको छ वा पहिले नै	<input type="checkbox"/> दैनिक कामकाजमा समस्या छ। महत्वपूर्ण समर्थन चाहिन्छ। मानसिक स्वास्थ्य	<input type="checkbox"/> आफै वा अरुको लागि खतरा र तत्काल हस्तक्षेपको आवश्यकता छ। मानसिक स्वास्थ्य सेवाको लागि रेफरलको आवश्यकता छ।

जीवन क्षेत्र र स्कोर	शन्य अंक आत्म एमजीएनति	१ अंक आधारभूत आवश्यकता	२ अंक मध्यम आवश्यकता	३ अंक उच्च आवश्यकता
		मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहमा संलग्न छ।	सेवाको लागि रेफरलको आवश्यकता छ।	
पदार्थको उपयोग <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> पदार्थको उपयोगबाट कुनै कठिनाइहरू छैन। <input type="checkbox"/> कुनै रेफरल आवश्यक छैन।	<input type="checkbox"/> विगतका समस्याहरू थिए तर हाल रिकभरीमा छ। दैनिक कार्य वा चिकित्सा हेरचाह पहुँच गर्ने क्षमतालाई असर गर्दैन।	<input type="checkbox"/> वर्तमान पदार्थको उपयोग - मद्दत खोज्नको लागि इच्छुक। प्रभाव र चिकित्सा हेरचाह पहुँच गर्नको लागि क्षमता।	<input type="checkbox"/> वर्तमान पदार्थको उपयोग - मद्दत खोज्न इच्छुक छैन। दैनिक कार्य वा चिकित्सा हेरचाह कायम राख्न असमर्थ।
आवास <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> स्वच्छ, स्थिर आवासमा बस्ने। सहयोगको आवश्यकता छैन।	<input type="checkbox"/> स्थिर आवास (आर्थिक सहायता होस् वा नहोस्)। कहिले काहिँ आवास सहायताको आवश्यकता छ (<२ पटक प्रति वर्ष)।	<input type="checkbox"/> अस्थायी आवास (आर्थिक सहायता होस् वा नहोस्) बारम्बार उल्लंघन र निष्कासन सूचना र बेघरको इतिहास।	<input type="checkbox"/> अस्थिर आवास। हाल घरबाट निष्कासन वा बेघरको सामना गर्दै।
भाषा र सांस्कृतिक बाधाहरू <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> कुनै भाषा/सांस्कृतिक बाधा छैन।	<input type="checkbox"/> केहि भाषा/सांस्कृतिक बाधाहरू जुन प्रमुख रूपमा चिकित्सा हेरचाह वा सेवाहरूको पहुँचलाई प्रभावित गर्दैनन्।	<input type="checkbox"/> भाषा र सांस्कृतिक बाधाहरू कि ग्राहकलाई चिकित्सा हेरचाह र सेवाहरूको उपयोगबाट रोक्न।	<input type="checkbox"/> भाषा/सांस्कृतिक बाधाहरू। ग्राहक अनुवाद सेवा र सीएम सहायता बिना चिकित्सा हेरविचार वा उपचार पहुँच गर्न सक्षम छैन।
यातायात <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> एजेन्सी समर्थनको लागि कुनै आवश्यकतासँग यातायातको लागि लगातार र विश्वसनीय पहुँच छ।	<input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ चिकित्सा हेरचाहमा रहन को लागि यातायात सहायताको आवश्यकता छ।	<input type="checkbox"/> एक कार वा बस पास छ तर समन्वय र यातायात प्रतिपूर्तिमा सीएम सहायताको आवश्यकता छ।	<input type="checkbox"/> सीमित वा यातायातको लागि कुनै पहुँच छैन (भाषा, संज्ञानात्मक क्षमता, मानसिक स्वास्थ्य) जो चिकित्सा हेरचाह र सेवाहरूको उपयोगलाई प्रभावित गर्दछ।
कुल अंक:	कुल निर्धारण गर्न प्रत्येक पंक्तिबाट कुल अंक जोडनुहोस्			
	शून्य अंक: आत्म व्यवस्थापन	१-१० अंक: आधारभूत केस व्यवस्थापन	११-२० अंक: मध्यम केस व्यवस्थापन	२१-३० अंक: गहन केस व्यवस्थापन
छोटो पत्र:				

परामर्श र सन्दर्भ प्रदान (केस प्रबन्धकहरूको लागि)

एचआईभी चिकित्सा सेवाको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	स्वास्थ्य कवरेज नामांकन सेवाहरूको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
एचआईभी जोखिम घटाउने परामर्श प्रदान गरिएको छ <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	चिकित्सा अनुपालन परामर्श प्रदान <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
पदार्थ दुर्व्यवहार सेवाहरूको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
सामाजिक सेवाको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	आवास सेवाको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
अन्य रेफरलहरू	

एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख ग्राहकको अधिकार र जिम्मेवारीहरु

ग्राहकको अधिकारहरु:

एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख मा एक सहभागीको रूपमा, तपाईंको अधिकार छ:

- सम्मान, गरिमा, विचार, र करुणासँग व्यवहार गर्नुहोस् र पाउनुहोस्।
- प्राप्त केस ब्यवस्थापन सेवा सम्मान, गरिमा, विचार, र करुणाको साथ व्यवहार गरिनेछ।
- जात, रंग, लिङ्ग, जातीयता, राष्ट्रिय मूल, धर्म, उमेर, वर्ग, यौन अभिविन्यास, शारीरिक र/वा मानसिक क्षमताको आधारमा भेदभाव मुक्त केस व्यवस्थापन सेवाहरु प्राप्त गर्नुहोस्।
- केस व्यवस्थापन सेवाहरुको लागि एक योजना बनाउनमा भाग लिनुहोस्।
- सेवाहरु र तपाईंको लागि उपलब्ध विकल्पहरुको बारेमा सूचित हुनुहोस्।
- तपाईंको केस प्रबन्धकसँग एक सम्पर्कमा सम्पर्कको आवृत्तिको बारेमा तपाईं, या त व्यक्तिगत रूपमा वा टेलिफोनमा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- आफ्नो मेडिकल रेकर्ड र केस व्यवस्थापन रेकर्डको गोप्यता कायम गरिनेछ।
- तपाईं प्राप्त वा सेवाहरु अस्वीकार सेवाहरुको बारेमा एक शिकायत फाइल गर्नुहोस्।

ग्राहकको जिम्मेवारीहरु:

उत्तरी डकोटा रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख मा एक सहभागीको रूपमा, तपाईंको जिम्मेवारी छ:

- सम्मान र शिष्टाचार रूपमा यस एजेन्सीको अन्य ग्राहकहरु र कर्मचारीहरुलाई व्यवहार गर्नुहोस्।
- तपाईं यस एजेन्सीमा अन्य ग्राहकहरुको गोपनीयता को सामना गर्न सक्नुहुन्छ त्यसैले उहाँहरुको रक्षा गर्नुहोस्।
- मुद्दाको विषय केस प्रबन्धकहरु, कर्मचारीहरु, वा शारीरिक, यौन, मौखिक र/वा भावनात्मक दुर्व्यवहार वा धम्कीको लागि अन्य ग्राहकहरु मुद्दाको विषय होइन।
- तपाईं केस व्यवस्थापनको लागि एक योजना बनाउनमा सक्षम हुनुहुन्छ भए सक्दो भाग लिनुहोस्।
- आफ्नो केस प्रबन्धकलाई कुनै पनिचिन्ता छ भए तपाईंको केस व्यवस्थापन योजना वा तपाईंको आवश्यकताहरुमा परिवर्तनको बारेमा थाहा दिनुहोस्।
- तपाईंको क्षमता अनुसार सबै भन्दा राम्रो गर्नको लागि नियुक्तिहरु राख्न, वा यदि सम्भव छ, रद्द गर्न वा एक नियुक्ति समय परिवर्तन गर्न फोन गर्नुहोस्।
- तपाईंको क्षमता अनुसार सबै भन्दा राम्रो पत्र पेश गर्नको लागि तपाईंको केस प्रबन्धकसँग उहाँको ठेगाना वा फोन नम्बर, आय, लिनुहोस् र कुरा गर्नुहोस् र उहाँको प्रतिक्रियाको जानकारी लिएर संचारमा रहनुहोस्।
- तपाईंको केस प्रबन्धकलाई कथन मितिको ३० दिन भित्र बिलको भुक्तानीको लागि कुनै अनुरोध र आवश्यक कागजात प्रदान गर्नुहोस्।
- अन्य उपलब्ध कार्यक्रम र सेवाहरुबाट सहायता प्राप्त गर्नको निम्ति केस प्रबन्धकको निर्देशनहरु पालना गर्नुहोस्।
- आफ्नो हेरचाहको लागि डाक्टरकहाँ नियमित रूपमा जानुहोस् र तपाईंको स्वास्थ्य र भलाई सुनिश्चित गर्न निर्धारित औषधि लिनुहोस्।
- प्रत्येक ६ महिना एनडी रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रममा तपाईंको योग्यता र नामांकन पुनः प्रमाणित गर्नुहोस्। तपाईं **अप्रिल ३० सम्ममा पुनः भर्ना हुनुपर्छ र ३१ अक्टोबर सम्ममा पुनः प्रमाणित गरिसक्नुपर्छ** प्रत्येक वर्ष रायन व्हाइट योग्यता जारी राख्नको लागि।

म माथिको जानकारी बुझ्छु, र मैले मेरो रेकर्डको लागि एउटा प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति

एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख ग्राहक सुचना प्रकाशन

म, _____, एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम कर्मचारी वा उनीहरूका एजेन्टहरूलाई मेरो केस र निदान (यदि आवश्यक भए) लाई सूचीबद्ध प्रदायकहरूसँग सेवाहरू प्राप्त गर्न र राख्नको लागि म योग्य हुन सक्छु भन्ने मामला छलफल गर्नको लागि अधिकृत गर्दछु:

केस प्रबन्धकहरू	अधिवक्ताहरू
काउन्टी वित्तीय कार्यकर्ता	एनडी चिकित्सा सहायता प्रतिनिधि
चिकित्सक	क्लिनिकको कर्मचारी
बीमा नामांकन सहयोगीहरू	बीमा प्रदायकहरू
अन्य चिकित्सा सेवा प्रदायकहरू	सामाजिक कार्यकर्ता
(फार्मासिस्ट, दन्त चिकित्सक, आदि)	

म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमलाई मेरो निजी बीमाकर्ताहरू र स्वास्थ्य वा दन्त बीमाको बारेमा पनि नियोक्ताहरूसँग जाँच गर्नको लागि अधिकृत गर्दछु। यो प्राधिकरण बीमा प्रीमियमसँग सहयोग र उचित स्वास्थ्य कवरेज सुनिश्चित गर्नको लागि योग्यता जानकारी मिति र प्रीमियम जानकारी प्राप्त गर्ने एकमात्र उद्देश्यको लागि हो।

यो अनुमति मेरो हस्ताक्षरको मितिबाट एक बर्षमा समाप्त हुनेछ। म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमलाई लेखेर कुनै पनि समय यो प्राधिकरण रद्द गर्न सक्छु। यदि मैले यो प्राधिकरण खारेज गरे भने, एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम कर्मचारी र माथि उल्लेखित व्यक्तिहरू त्यो खारेजको मितिसम्म प्रकाशन गरीएको मेरो जानकारीमा कार्य गर्न सक्छन्।

म बुझ्छु कि मेरो जानकारी राज्य र संघीय गोपनीयता कानूनहरूद्वारा सुरक्षित छ। म बुझ्छु कि कानूनद्वारा प्रदान गरीएको बाहेक, यो जानकारी मेरो सहमति बिना प्रकाशन हुन सकिदैन।

म बुझ्छु कि मैले यो प्राधिकरण फारममा हस्ताक्षर गर्नु पर्दैन। यदि मैले यो फारममा हस्ताक्षर नगर्ने छनोट गरे भने, यसले मलाई प्रदान गर्न सकिने सेवाहरूलाई सीमित वा घटाउन सक्छ। यदि म यो फारममा हस्ताक्षर गर्छु, मसँग पूरा भएको प्राधिकरणको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार छ।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति

एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख प्रमाणीकरण

म यसद्वारा प्रमाणित गर्दछु कि मेरो आय, बीमा, र अन्य वित्तीय सहायताको प्रतिनिधित्व एक साँचो र सही कथन हो र त्यो पात्रता आवश्यकताहरू माथि सूचीबद्ध र दस्तावेज गरीएको छ।

म मेरो अधिकार र जिम्मेवारीहरू बुझ्दछु, प्रत्येक ६ महिनामा योग्यता कागजात पुरागरी, र आय, बीमा स्थिति, वा निवासमा परिवर्तन भएमा मेरो केस प्रबन्धकलाई सिधै रिपोर्टिग गर्नेछु।

म बुझ्छु कि मैले अप्रिल ३० सम्ममा प्रत्येक बर्ष पुनः भर्ना गर्नुपर्छ र अक्टोबर ३१ सम्ममा योग्यता जारी राख्नको लागि पुनः प्रमाणित गर्नुपर्छ। यदि म त्यसो गर्न असफल भए भने, म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमको माध्यमबाट सेवाहरू प्राप्त गर्नको लागि अयोग्य हुनेछु।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति