

په ND RYAN WHITE PART B پروگرام کې د نومليکني غوښتنليک

د شمالي ډکوتا د روغتيا خانگه
د جنسي لېږد او د وينې د ناروغيو برخه
SFN 54191 (Rev. 07-2021)



- لاندې معلومات اړين دي ترڅو د North Dakota Ryan White Part B برنامې لپاره ستاسو د وړتيا ارزونه وکړئ.
- پېژندنه/عمر:** هغه ريكاردونه راوړئ چې ستاسو هويت او عمر ثابتوي (د مثال په توگه د موټر چلوونې جواز).
- عايد:** هغه ياداښتونه راوړئ چې ستاسو د کور د ټولو غړو لومړنۍ (د ماليې مخکې) عايد بڼې (لکه، د ماليې نوې فورمه، د مزدورۍ چک، SSDI، SSI).
- هستوگنځي:** هغه ريكاردونه راوړئ ترڅو وينې چې تاسو چيرته اوسېږئ (د موټر چلولو جواز، د کرایې رسيدونه، د تاديې بيلونه).
- تاسو بايد وکولای شئ چې د غوښتنليک سپارلو وروسته په 60 ورځو کې د دولت لخوا ورکول کېدونکي پېژنپانه يا ID برابره کړئ.
- روغتيايي بيمه:** د بيمې د کارت (شا و مخ) يو کاپي راوړئ.
- طبي/روغتيايي پاملرنه:** د طبي او روغتيايي خدماتو د کارت (شا و مخ) يوه کاپي راوړئ.

مهرباني وکړئ دا فورمه په پوره غور سره ډکه کړئ او د ذکر شويو اسنادو سره يې د Ryan White ځایي قضیې مدير ته وسپارئ. تاسو کولای شئ چې دغه شميرې **701-328-0338** ته فکس هم ولېږئ يا **600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200** ته برېښنالیک ولېږئ. د پوښتنې لپاره، مهرباني وکړئ پر دغه شمېره **701-328-2378** شمېره زنگ ووهئ، يا ndhealth.gov/hiv وگورئ.

د غوځتونکي معلومات

د قضیې د مدیریت خانگه Ryan White		د ND Ryan White د مراجعه کونکي شمېره		د ND ADAP د مراجعه کونکي شمېره	
اصلي نوم		وروستی نوم		د ټولنيز امنيت شمېره	
د کوڅې پته		ښار	ولایت	زیپ کوډ/رمز	
د برېښنالیک پته (که مختلفه وي)		ښار	ولایت	زیپ کوډ/رمز	
د تلیفون لومړنۍ شمېره		د تلیفون دوهمه شمېره		برېښنالیک	
د زېږېدنې نېټه		د زېږېدنې هیواد		لومړنۍ ژبه	
جنس					
<input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځینه <input type="checkbox"/> له نارینه څخه ښځینه ته بدل شوی <input type="checkbox"/> له ښځینه څخه نارینه ته بدل شوی <input type="checkbox"/> نور:					
توکم (د اجرا وړ ټول انتخاب کړئ)					
<input type="checkbox"/> اسيايي <input type="checkbox"/> هندي امریکايي <input type="checkbox"/> تور/افریقايي امریکايي <input type="checkbox"/> ارام سمندرگی ټاپو <input type="checkbox"/> سپین		<input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتیني <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
د هغه شخص نوم چې بیرنۍ اړیکه ورسره نیول کېږي		د هغه شخص د تلیفون شمېره چې په بیرني حالت کې اړیکه ورسره نیول کېږي			
د ډاکټر نوم		کلینیک			
د لومړني تشخیص نېټه (مياشت/کال)		د تشخیص ښار/ایالت يا هیواد (که له متحده ایالاتو بهر وي)			
د خطر کټگوري (مهرباني وکړئ ټول هغه انتخاب کړئ چې د اجرا وړ وي)					
<input type="checkbox"/> هغه نارینه چې له نارینه وو سره جنسي اړیکې لري (MSM) <input type="checkbox"/> د جنسگرايي اړیکه <input type="checkbox"/> د ستنې له لاري د مخدراتو <input type="checkbox"/> هیموفیلي/د وينې د جریان گډوډي <input type="checkbox"/> ولادت (له مور څخه ماشوم ته) <input type="checkbox"/> کارول (IDU) <input type="checkbox"/> د کار اړوند افشا کول <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> د غړو اېښودل يا د وينې لېږد <input type="checkbox"/>					
د تابعیت حالت					
<input type="checkbox"/> تبعه <input type="checkbox"/> دايمي هستوگن <input type="checkbox"/> موقتي وېزه <input type="checkbox"/> بې اسناده					
د استخدام حالت					
<input type="checkbox"/> ټوله ورځ کارېگر <input type="checkbox"/> نیم وخت کارېگر <input type="checkbox"/> ازاد کارکوونکی <input type="checkbox"/> بې کاره <input type="checkbox"/> تقاعد شوی <input type="checkbox"/> معيوب <input type="checkbox"/> زده کونکی					
د کار گومارونکي نوم					

هغه روغتیایي تضمین انتخاب کړی چې تاسو ئې اوس لرئ او د بیمې د کارت (شا و مخ) یوه کاپي ورسره وړاندي کړئ.					
شخصي بیمه <input type="checkbox"/> د گومارونکي پر بنسټ <input type="checkbox"/> شخصي انفرادي <input type="checkbox"/> د غابونو <input type="checkbox"/> لید <input type="checkbox"/> نور:	روغتیایي خدمات <input type="checkbox"/> دودیز <input type="checkbox"/> پراخوالی <input type="checkbox"/> دوه گوني وړتیا (طبي/درملنه)	درملنه <input type="checkbox"/> برخه A/B <input type="checkbox"/> برخه D (درملې پوښښ)	نور <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> نور:	Marketplace <input type="checkbox"/>	زه له (نیټي) <input type="checkbox"/>
				بیمه چې د Ryan White لخوا تادیه کيږي	راهیسي روغتیایي تضمین نه لرم:
که انتخاب شوی، لطفاً د روغتیایي تضمین د پلټنو او تصدیقولو فورمه ډکه کړئ.					
د بیمې چمتو کونکي نوم (د مثال په توګه BCBS)		د غړي ID		د پالیسي د پیل نیټه	
د بیمې چمتو کونکي نوم (د مثال په توګه BCBS)		د غړي ID		د پالیسي د پیل نیټه	

د روغتیایي تضمین تیسټ او تصدیق

که تاسو اوس روغتیایي پوښښ نه لرئ یا د Marketplace په روغتیایي بیمه کې چې د Ryan White لخوا تادیه کيږي شامل یاست، لطفاً دغه برخه بشپړه کړئ.

زما د تېرو 12 میاشتو عاید د 20000 امریکایي ډالرو څخه کم دی.

ما په تېرو 6 میاشتو کې د ND طبي خدماتو ته عریضه کړې ده خو زما د لاندنیو دلایلو په خاطر مسترد شوي ده:

عاید تابعیت/کډوالی حالت د نیمګړي غوښتنلیک درلودل

ما په تېرو 6 میاشتو کې د ND طبي خدماتو ته عریضه نه ده کړې.

زما د تېرو 12 میاشتو عاید د 20000 امریکایي ډالرو څخه زیات دی. زه یا زما د کورنۍ نور غړي په دندو ګمارل شوي دي، خو:

زما کارګومارونکی روغتیایي بیمه نه ورکوي.

زما په کورنۍ کې چې زه یو وړ شخص یم هیچا ته په کار کې روغتیایي بیمه نه ورکول کېږي.

د کور ټول پرکار شوي غړي باید د دوی د کار ګومارونکو لخوا مکمل د [کارګومارونکو د پوښښ وسائل بشپړ کړي](#).

که تاسو مستحق یاست، او د طبي روغتیایي درملني، یا د کارګومارونکو خصوصي پلانونو د لاري مو روغتیایي پوښښ نه وي ترلاسه کړی، تاسو "د آخرنی مرستي ورکونکي" اړوند د Ryan White Part B د پالیسي پر اصولو برابر نه یاست. دا به تاسو ترهغه وخته د Ryan White د خدماتو څخه به برخې کړي ترڅو تاسو یو مناسب پوښښ ترلاسه کوئ. د پلانونو د فعالولو تر وخته به تاسو ته د دریو میاشتو لپاره د درملني او خدماتو د وړاندي کولو لپاره توجه کېږي.

که تاسو د طبي روغتیایي درملني، یا د کارګومارونکو خصوصي پلانونو دپاره عریضه کړې وي خو مستحق نه یاست، تاسې باید د Ryan White د تانډې شوي پلان مطابق په راتلونکي کې د Marketplace د روغتیایي د بیمې له لاري په یو مناسب روغتیایي پلان کې شامل شئ. د Ryan White پروګرام ستاسو برخه بېمه تادیه کولای شي. که په راتلونکي کې تاسو د روغتیایي بیمې په یو پلان کې د شاملېدو لپاره ناکام شئ، دا به د Ryan White Part B پروګرام لخوا د یو کلني ځنډ لامل شي او یا تر هغو چې د روغتیایي بیمې پوښښ ترلاسه کېږي.

لطفاً لومړی) زه پوهیږم چې Ryan White Part B پروګرام وروستی مرسته ورکونکی دی او کېدای شي یواځې هغه وخت خدمات وړاندي کړي چې نور تادیه کوونکي موجود نه وي. دا په دې معنی دی که زه د روغتیایي پوښښ جوګه یم خو پکښې داخل نه شم، Ryan White به زما وړتیا له Ryan White Part B څخه وځنډوي تر هغو چې زه یو مناسب پوښښ ترلاسه کوم.

د قضیې د مدیرانو لپاره:

دغه عارض د اوس لپاره د هیڅ روغتیایي پوښښ او د Ryan White د خدمتونو جوګه نه دی.

دغه عارض د عمومي او خصوصي روغتیایي پوښښ جوګه دی او د RW پوښښ درې میاشتني ویندو دوره چې پر لاندې نیټه ختمېږي ترلاسه کړي: _____.

دا پیروونکی د Ryan White د پالیسي سره مطابقت نه لري او د Ryan White د خدماتو مستحق نه دی.

د مرجعه کونکي/سرپرست لاسلیک	نیټه
د قضیې د مدیر لاسلیک	نیټه

د کورنی خصوصیات

د هستوګني ډول (لطفأ يو انتخاب کړئ)

دایمي هستوګنه (اپارتمان، کور، د کرایي کور) کرایه ځاني

لنډمهاله (د بې کوره خلکو لپاره انتقالي هستوګنه، د ملګرو یا کورنی سره اوسېدل)

بې ثباته (عاجله سرپناه، زندان، عراده، سرکونه، هوټل یا لیردیز هوټل چې د عاجلي بودیجې لخوا تادیه کېږي)

تاسو د هستوګني مرستي ترلاسه کوئ (HOPWA، عمومي هستوګنه، 8 برخه)؟ نه هو، لطفأ ئي تشریح کړئ:

د ژوند کولو اوسنی تنظیم مو تشریح کړئ (ثبات، خونديتوب، زغم/برابري)	قیمت/مياشت
---	------------

په تېرو 12 میاشتو کې د هستوګني کوم حالت ډېر بې ثباته وو چې تاسو تجربه کړ؟

بې کورې یا بې ثباته هستوګنه موقتي هستوګنه ثابته یا دایمي هستوګنه

د کورنی اندازه او عاید

ازدواجی حالت

مجرد میروېنه په قانوني توګه بېل شوی طلاق شوی کوند شوی نور:

د کورنی هر غړی چې ستاسو سره ژوند کوي ذکر کړئ (قانوني میرمن، اصلي اولادونه/ اولاد په توګه منل شوي/ د مېرمنې یا خاوند اولادونه) او هر هغه څوک چې تاسو ادعا کوئ ستاسو په مالیاتو پورې اړه لري. که احتمال ولري د دوی عاید ولیکئ. د اړتیا په وخت کې نوري پانې ور اضافه کړئ.

نوم	اریکه	د زېږېدنې نېټه	د عاید ډول	مياشتنی ناخالص عاید (د مالیاتو دمخه)
	خپل ځان			
د کورنی اندازه			د کورنی مجموعي میاشتني عاید	
د کورنی فدرالي د غربت سطحه (باید د قضیې د مدیر ل لوري بشپړه شي)				

د نه عاید سند

که تاسو اوس عاید نه لرئ، لطفأ لاندې معلومات ډک کړئ.

ما په _____ 20 کي د عاید مالیه نه ده درج کړې. دغه بیان زما د معلوماتو پر اساس صحیح دی.

زه اوس عاید نه لرم او د راهیسي مي عاید نه دی ترلاسه کړی.

لطفأ دا ووايست چې ستاسو د ژوند مصارف څنګه پوره کېږي که تاسو د نه عاید راپور ورکوئ.

د Ryan White د خدماتو ارزونه

مهرباني وکړئ د ND Ryan White له خدماتو څخه هغه انتخاب کړئ چې تاسو ورته اړتیا لرئ.

<input type="checkbox"/> د قضیې مدیریت	<input type="checkbox"/> درمل (ADAP)
<input type="checkbox"/> د ازادو مریضانو د HIV ایډز طبي درملنه	<input type="checkbox"/> د (ADAP) بیمې ورکړه
<input type="checkbox"/> د غاښو درملنه	<input type="checkbox"/> د سترګو درملنه
<input type="checkbox"/> ذهني روغتیا	<input type="checkbox"/> د تغذيې بشپړونکي
<input type="checkbox"/> د کرایي او ګټې اخیستنې مرسته	<input type="checkbox"/> ترانسپورټ
<input type="checkbox"/> د HIV د مرستي ګروپونه	

نور

د اساسي اړتياو ارزونه

مهربياني وکړئ هغه ساحې په نښه کړئ چې تاسو هلته مراجعه کولو او مرستې ته اړتيا لرئ. <input type="checkbox"/> هستوگنځی/اسانتياوي <input type="checkbox"/> طبي بيلونه <input type="checkbox"/> خواړه او کالي <input type="checkbox"/> د بيلونو تاديه/د پيسو اداره کول <input type="checkbox"/> تابعيت/د کډوالی حالت <input type="checkbox"/> ژبه/کلتوري خنډونه <input type="checkbox"/> قانوني/د بنديانو قضیې <input type="checkbox"/> د دندې موندل/ساتل	نور
--	-----

طبي پاملرنه کې خان ساتل او د HIV د خطر ارزونه

د HIV برابرونکي سره ستاسو وروستی لیدنه کله وه؟ <input type="checkbox"/> په تیرو 6 میاشتو کې <input type="checkbox"/> په تیرو 12 میاشتو کې <input type="checkbox"/> تر 12 میاشتو ډېر	
ایا تاسو اوس د مهال په ویروس اخته یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم	ایا ستاسو CD4 د 200 حجرو/mL څخه پورته دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم
تاسو دا مهال د HIV کوم درمل اخلئ؟	ایا تاسو په تیرو 12 میاشتو کې کوم ډوز پرې اېښی دی؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو، تشریح یې کړئ:
ایا تاسو په تیرو 12 میاشتو کې مو غیر محافظتي جنسي اړیکې نیولي، یا هم د ډیرو یا نامالومو جنسي ملګرو سره اړیکې لرلي دي، یا مو له بل چا سره شریکه ستن لګولي ده؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> خواب نه ورکوم <input type="checkbox"/> هو، تشریح یې کړئ:	

په HIV د اخته کسانو لپاره وړاندیز شوي محافظتي لارې چارې

ایا تاسو په تیرو 12 میاشتو کې مو د سیفلیس لپاره ټیسټ ورکړی دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د جنسي اړخه فعالیت نشته	د ټیسټ نېټه	د ټیسټ نتیجه
ایا تاسو په تیرو 12 میاشتو کې د کلیمیا او ګونوریا لپاره ټیسټ کړی دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د جنسي اړخه فعالیت نشته	د ټیسټ نېټه	د ټیسټ نتیجه
ایا تاسو اوس امیندواره یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	که خواب هو وي، ایا تاسو د زیرون مخکې پاملرنې خدمات ترلاسه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	د زېږون احتمالي نېټه

د درملو کارول او درواني روغتیا ارزونه

ایا تاسو تنباکو استعمالوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> مخکې	ایا اوس مهال د تنباکو پرېښودلو ته علاقمند یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	ایا تاسو په غیر مستقیمه توګه د سګریټ لوګي تنفس کړي دي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
ایا تاسو اوس مهال مخدره توکي یا الکول استعمالوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> مخکې می استعمالول	که خواب هو وي، ټول هغه څه انتخاب کړئ چې کېدل <input type="checkbox"/> الکول <input type="checkbox"/> پر سرک <input type="checkbox"/> د نسخې له لارې <input type="checkbox"/> ستن لګول	
ایا تاسو غواری خان وسپارئ؟ <input type="checkbox"/> د موادو څخه د ناوړه ګټې اخیستنې مشوره <input type="checkbox"/> د ستن لګولو خدمات <input type="checkbox"/> تنباکو پرېښودل <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی		
ملاحظات		
ایا تاسو د رواني روغتیا انډیښني لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> مخکې	ملاحظات	
ایا تاسو په خپل ژوند کې د ذهني ټکان پېښه لرلي ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	ایا تاسو د فزیکي یا احساساتي ناوړه ګټه اخیستنې څخه انډیښني لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه، زه د آرامی احساس کوم	
ایا تاسو مشوري/درملنه ترلاسه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	ایا د مرستې د ترلاسه کولو سره علاقه لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	

د قضیې مدیر لخوا بشپړېږي - د شدت کچه

د ژوند ساحه & نتیجه	0 نومی خانی اداره	1 درجه اساسي غوښتنه	2 درجه په متوسطه اندازه اړتیا	3 درجه د لوړې کچې غوښتنې
د طبي چارو مدیریت				
د طبي پاملرنې سره اړیکې او خان خوندي کول د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> مراجعه کونکې په تیرو 12 میاشتو کې د HIV په ټولو طبي ملاقاتونو کې برخه اخیستې ده.	<input type="checkbox"/> مراجعه کونکې په تیرو 12 میاشتو کې یوه ناسته له لاسه ورکړې یا نې ډیری طبي لیدني له سره تنظیم کړي دي.	<input type="checkbox"/> مراجعه کونکې په تیرو 12 میاشتو کې له یوه څخه ډیر طبي ملاقاتونه له لاسه ورکړي دي.	<input type="checkbox"/> په تیرو 12 میاشتو کې د لابراتوار هیڅ راپور نه دی وړاندې شوی. مراجعه کونکې: <input type="checkbox"/> نوی تشخیص شوی دی <input type="checkbox"/> امیندواره <input type="checkbox"/> معافیتي نقص لري <input type="checkbox"/> په تېرو 90 ورځو کې د یو اصلاحي مرکز څخه خوشي شوی دی. <input type="checkbox"/> په تېرو 30 ورځو کې په روغتون کې داخل شوی دی یا بی ER یا بېرني پاملرنه اخیستې ده
په HIV او خطرناک چلند باندې پوهېدل د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> په خطرونو پوهېږي، د خطر د کمښت پر لارو چارو عملاً کار کوي او د ملگرو سره د محفوظې جنسي اړیکې په اړه خبرې کوي (مثلاً: د کنډوم استعمال، PrEP، ټیسټ کول)	<input type="checkbox"/> په خطرونو پوهېږي او ډېر وخت د خطر پر کمښت عملاً کار کوي.	<input type="checkbox"/> په دې اړه لږ پوهه لري او په خطرناکو کړنو کې ښکېل دی. ویروسي بار کشفونکی. د ملگري خدماتو ته اړتیا لري.	<input type="checkbox"/> په مکرره توگه په خطرناکو کړنو کې ښکېل دی د ویروس مخه نه ده نیول شوې. د HIV د انتقال لوړ خطر. د ملگري خدماتو ته اړتیا لري.
درمل تعقیبول د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> د درملو دوامداره تعقیب د نه تشخیصېدونکي وایرس په بار کېدلو کې منعکس شوی دی.	<input type="checkbox"/> کله ناکله د ویروس د دوامداره فشار سره دوزونه (درملې خوراگونه) له لاسه ورکوي.	<input type="checkbox"/> ډېر وخت دوزونه (د درملو خورک) د لاسه ورکوي. د 200 کاپي/mL څخه لږ کشفونکی ویروسي بار لري.	<input type="checkbox"/> روزمره دوزونه (د درملو خوراک) له لاسه ورکوي او د 200 کاپي/mL څخه اضافه ویروسي بار لري. د تعقیب مشورې ته اړتیا لري.
روغتیايي پوښښ د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> روغتیايي پوښښ لري. روغتیايي پاملرنې ته د لاسرسي وړتیا لري.	<input type="checkbox"/> په روغتیايي پوښښ کې شامل شوی دی مگر د دغه پوښښ د ساتلو لپاره مرستې ته اړتیا لري.	<input type="checkbox"/> روغتیايي پوښښ لري مگر د ADAP ځانگړي کومک او CM مرستې ته اړتیا لري چې دا پوښښ وساتي.	<input type="checkbox"/> روغتیايي پوښښ نه لري. د عمومي یا خصوصي روغتیايي پوښښ لپاره ورنه دی. <input type="checkbox"/> د روغتیايي پوښښ وړ دی مگر شامل شوی نه دی.
د غیر طبي قضیې مدیریت				
اساسي اړتیاوي د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> غذا، کالي، او نور اساسي مواد چې د مراجعینو د خپلو شخصي وساتلو د لارې موجود دي. <input type="checkbox"/> د مرستې پروگرامونو ته روان لاسرسي لري چې اساسي اړتیاوي ثابتې وساتي. <input type="checkbox"/> په خپلواک ډول د ورځني ژوند د فعالیتونو د مخته وړلو وړتیا لري (ADL).	<input type="checkbox"/> اساسي ضرورتونه چې په منظم ډول د ځینو اړتیاوو سره د مرستې د لاسرسي خدمتونو د پروگرامونو سره برابرول. <input type="checkbox"/> نه شي کولای چې د بېرني مرستې پرته اساسي اړتیاوي په ورځني ډول پوره کړي. <input type="checkbox"/> په اوونیز شکل د ADL د ترسره کولو لپاره مرستې ته اړتیا لري.	<input type="checkbox"/> د اساسي اړتیاوو لپاره په ورځني ډول د مرستو د لاسرسي مرستندویه پروگرامونو ته اړتیا لري. <input type="checkbox"/> په یواځې توگه و مرستندویه پروگرامونو ته په لاسرسي کې د مشکلاتو سابقه. <input type="checkbox"/> ډیری وختونه د خوړو، پوښاک، یا نورو لومړنیو اړتیاوو پرته. <input type="checkbox"/> په ورځني ډول په کور کې د ADL مرستې اړتیاوي.	<input type="checkbox"/> غذا ته لاسرسي نه لري. <input type="checkbox"/> د لومړنیو اړتیاوو پرته. <input type="checkbox"/> د ډېرو ADL د ترسره کولو توانايي نه لري. <input type="checkbox"/> د ADL سره د مرستې د ترلاسه کولو لپاره کور نه شته.

د ژوند ساحه & نتیجه	0 نومي خاني اداره	1 درجه اساسي غوښتنه	2 درجه په متوسطه اندازه اړتيا	3 درجه د لوري کچي غوښتنې
اروايي روغتيا د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> د اروايي روغتيايي ستونزو سابقه نه لري. سپارښتنې ته اړتيا نشته.	<input type="checkbox"/> تېري ستونزي او/يا د اوسنيو مشکلاتو/فشار راپورونه - کار کوي يا پخوا د اروايي روغتيا په پاملرنه کي داخلول.	<input type="checkbox"/> په ورځني کار کي ستونزه لري. ډېري مرستي ته اړتيا لري. د اروايي روغتيا د پاملرنې لپاره سپارښتنې ته اړتيا لري.	<input type="checkbox"/> ځان يا نورو ته خطر دی او بېرني مداخلې ته اړتيا لري. د اروايي روغتيا د پاملرنې لپاره سپارښتنې ته اړتيا لري.
د موادو استعمال د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> د موادو په استعمال کي ستونزي نشته. سپارښتنو ته اړتيا نشته.	<input type="checkbox"/> تېر مشکلات شته، خو اوس د بيا سمېدو په حال کي. د ورځني کار يا طبي پاملرنې پر وړتيا باندې تاثير نه لري.	<input type="checkbox"/> د موادو اوسنی استعمال - غواړي چې مرسته ترلاسه کړي. نه شي کولای چې په ورځني ډول کار وکړي يا روغتيايي پاملرنې وساتي.	<input type="checkbox"/> د موادو اوسنی استعمال - نه غواړي چې مرسته ترلاسه کړي. نه شي کولای چې په ورځني ډول کار وکړي يا روغتيايي پاملرنې وساتي.
هستوکنه د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> په يو پاک، دائمي کور کي ژوند کوي. مرستي ته اړتيا نه لري.	<input type="checkbox"/> دائمي کور (مالي مرسته ورسره کېږي که نه). ځيني وخت د کور مرستو ته اړتيا لري (په کال کي >2 ځلي).	<input type="checkbox"/> موقتي کور (مالي مرسته ورسره کېږي که نه). پرله پسې سرغړوني او د اېستلو اخطارونه او د بې کوره کېدو سابقه.	<input type="checkbox"/> بې ثباته کور. اوس د کور څخه د اېستلو يا بې کورۍ سره مخامخ دي.
ژبنيز او کلتوري خنډونه د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> ژبنيز/کلتوري خنډونه نشته.	<input type="checkbox"/> ځيني ژبنيز/کلتوري خنډونه پر روغتيايي پاملرنې يا خدماتو ته په لاسرسي کي زيات تاثير نه لري.	<input type="checkbox"/> هغه ژبنيز او کلتوري خنډونه چې مراجعه کونکي د طبي پاملرنې يا خدماتو ته د لاسرسي څخه راکړځوي.	<input type="checkbox"/> ژبه/کلتوري خنډونه. مراجعه کونکي د ژباړې د خدماتو او CM مرستي پرته روغتيايي پاملرنې يا درملني ته لاسرسي نه شي پيدا کولای.
ترانسپورت د شدت درجه:	<input type="checkbox"/> د ادارې ملاتړ له اړتيا پرته ترانسپورت ته دوامداره او باوري لاسرسي لري.	<input type="checkbox"/> ځيني وختونه په روغتيايي پاملرنه کي د پاتې کېدو لپاره د ترانسپورت مرستي ته اړتيا لري.	<input type="checkbox"/> موټر يا بس ته لاسرسي لري خو د ترانسپورت په همبرغي او تاديه کولو کي د CM مرستي ته اړتيا لري.	<input type="checkbox"/> ترانسپورت ته محدود يا نه لاسرسي (ژبه، ادراکي وړتيا، رواني روغتيا) کومي چې د روغتيايي پاملرنې او خدماتو ته د لاسرسي په برخه کي اغيزه کوي.
مجموعي ټکي:	د هرې کرښې څخه ټول ټکي اضافه کړئ ترڅو ټول وټاکئ 0 ټکي: د خان اداره کول 1-10 ټکي: د ساده قضبي ادارې اداره کول 11-20 ټکي: د منځنۍ کچي قضبي مديريت 21-30 ټکي: د تشديدي قضبي اداره کول			
يادونې:				

مشوره ورکول او راجع کول برابر شوي (د قضبي مديرانو لپاره)

د HIV روغتيايي پاملرنې ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	په روغتيايي پوښښ کي د شموليت خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی
د HIV د خطر کمولو مشوره ورکړل شوي <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	د درملو د تعقيب مشوره ورکړل شوي <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی
د درملو ناوړه گټه اخيستنې خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	د رواني روغتيا خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی
عامه خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی	د هستوگني خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی
نور مراجعات	

د پیروونکي حقوق:

- د ND Ryan White په برخه ب پروگرام کښ د گډونوال په توگه، تاسو حق لرئ چې:
- په درناوي، وقار، پاملرنې او شفقت سره سلوک در سره وشي.
- د قضیې مدیریتي خدمات تر لاسه کړئ، په درناوي، وقار، پاملرنې او شفقت سره سلوک در سره وشي.
- د قضیې مدیریتي خدمات د نژاد، رنگ، جنس/جنډ، توکم، ملیت، مذهب، عمر، طبقې، جنسي تمایل، فزیکي او/یا ذهني وړتیا پر اساس له تبعیض پرته تر لاسه کړئ.
- د قضیې مدیریتي خدماتو لپاره په پلان جوړولو کې برخه واخلي.
- تاسو ته د شته خدماتو او اختیارونو په اړه خبر اوسئ.
- په شخصی ډول یا د ټیلیفون له لارې ستاسو د قضیې د مدیر سره د اړیکې د فریکونسي (دوام) په اړه موافقي ته ورسیرئ چې تاسو به یې لرئ.
- خپل طبي ریکارډونه او د قضیې مدیریت ریکارډونه پټ/محرم وساتئ.
- د هغه خدماتو په هکله چې تاسو یې تر لاسه کوئ یا د خدماتو څخه د انکار په اړه شکایت درج کړئ.

د پیروونکي مسؤلیتونه:

- د شمالي ډکوتا Ryan White Program Part B کښ د گډونوال په توگه، تاسو مسؤلیت لرئ چې:
- د دې نمایندګۍ د نورو پیروونکو او کارمندانو سره په درناوي او په ادب سره سلوک وکړئ.
- د نورو پیروونکو چې چا سره ممکن ده تاسو پدې اداره کې ورسره مخ شئ محرمیت خوندي کړئ.
- د قضیې مدیرانو، کارمندانو، یا نورو پیروونکو ته د فزیکي، جنسي، لفظي او/یا احساساتي زوروني او گواښونو سبب نه شئ.
- د قضیې مدیریت لپاره د پلان په جوړولو کې څومره چې تاسو وړتیا لرئ برخه واخلي.
- ستاسو د قضیې مدیریت په پلان یا اړتیاوو په بدلولو کې د هر ډول اندیښنو په اړه ستاسو د قضیې مدیر خبر کړئ.
- څومره چې مو توان وي هغومره لیدني برابرې او وکړئ، او د امکان په صورت کې، د لیدني د وخت فسخ کولو یا تغیرولو لپاره ټیلیفون وکړئ.
- د خپل پټي یا ټیلیفون شمیرې او عاید کې د تغیر په اړه د خپل قضیې مدیر سره په اړیکه کې اوسئ او د خپل توان په اندازه د ده ټیلیفونو یا خطونو ته جواب ورکړئ.
- خپل د قضیې مدیر ته د بیلونو تادیې ټولې غوښتنې د اعلان د نېټې څخه په 30 ورځو کې وسپارئ، او اړین اسناد ورته چمتو کړئ.
- د نورو موجودو برنامو او خدماتو څخه د مرستې تر لاسه کولو لپاره د قضیې مدیر لارښوونې تعقیب کړئ.
- په منظم ډول د خپل ډاکټر سره په لیدو کې محتاط اوسئ او وړاندیز شوي درمل واخلي ترڅو ستاسو روغتیا او هوساینه تضمین شي.
- په هرو شپږو میاشتو کې د ND Ryan White Part B برخې پروگرامو کې ستاسو وړتیا او شمولیت له سره تصدیق کړئ. تاسو باید هرکال د Ryan White دوامداره وړتیا لپاره د اپریل 30 مخکې بیا نوم لیکنه وکړئ د اکتوبر تر 31 پورې او بیا تصدیق وکړئ.

زه په پورتنیو مالوماتو پوهیږم، او ما د خپلو ریکارډونو لپاره یوه کاپي تر لاسه کړې ده.

د مراجع کونکي/سرپرست لاسلیک	نېټه
د قضیې د مدیر لاسلیک	نېټه

د ND Ryan White Program Part B د مراجعه کونکو د مالوماتو خپرول

زه، _____، د ND Ryan White برنامې کارمندانو يا د دوی استازو ته واک ورکوم چې (که اړتيا وي) زما د قضيې او تشخيص په اړه د ذکر سوو وړاندي کونکو سره بحث وکړي تر څو هغه خدمات چې زه يې وړتيا لرم ترلاسه او وساتم:

د قضيې مديران سيمييز مالي کارکونکي ډاکټر د بيمې شموليت کي مرسته کونکي د طبي پاملرنې نور وړاندي کونکي (درمل جوړونکي، د غاښونو ډاکټر، او نور)	مدافعين / مدافع وکیلان د ND روغتيايي خدماتو نماينده د کلينیک کارمندان د بيمې وړاندي کونکي ټولنيز کارکونکي
--	---

زه همدارنگه د ND Ryan White برنامې ته واک ورکوم چې د خصوصي بيمه کونکو او کار گمارونکو سره زما د روغتيا يا غاښونو بيمې په اړه وگوري. دا واک يواځې د وړتيا معلوماتو د نيټو او د بيمې د ورکړې د معلوماتو ترلاسه کولو د هدف لپاره دی ترڅو د بيمې د ورکړې سره مرسته وکړي او مناسب روغتيايي پوښښ تضمين کړي.

دا اجازه ليک به زما د لاسليک نيتي څخه يو کال وروسته پای ته ورسېږي. زه ممکن هر وخت د ND Ryan White برنامې ته په ليکلي شکل دا واک لغوه کړم. که زه دا واک لغوه کړم، د ND Ryan White برنامې کارمندان او هغه اشخاص چې پورته په نښه شوي ممکن زما پر مالوماتو عمل وکړي چې د لغوه کېدو تر نيتي پورې خپاره شوي دي.

زه پوهېږم چې زما په اړه معلومات د ايالتي او فدرالي محرميت قوانينو لخوا خوندي شوي. زه پوهېږم چې دا معلومات زما له رضاييت پرته نه شي خپرېدای، پرته له هغو چې د قانون لخوا وړاندي شوي وي.

زه پوهېږم چې زه مجبور نه يم چې دغه اجازه ليک لاسليک کړم. که زه دا فورمه لاسليک نه کړم، کېدای شي هغه خدمات محدود يا کم شي چې ماته يې د وړانديز کېدو امکان شته. که زه دا فورمه لاسليک کړم، زه د تکميل شوي اجازه ليک د کاپي د ترلاسه کولو حق لرم.

د مراجعه کونکي/سرپرست لاسليک	نيتي
د قضيې د مدير لاسليک	نيتي

د ND Ryan White Program Part B تصديق

زه دا تصديق کوم چې زما د عايداتو، بيمې او مالي مرستو بيانیه يوه رښتيني او دقيقه بيانیه ده او هغه اړين شرايط چې پورته ذکر شوي دي پوره شوي او مستند شوي دي.

زه په خپلو حقونو او مسؤليتونو پوهېږم، چې په دې کې دا هم راځي چې په هرو 6 مياشتو کې د اړتيا وړ اسنادو بشپړول، په عايدو، د بيمې په وضعيت او د هستوگني په اړه د هرډول بدلون په هکله به زما د قضيې مدير ته سمدستي راپور ورکوم.

زه پوهېږم چې د دوامداره وړتيا لپاره بايد هر کال د اپريل د 30 نېټې مخکې بيا شموليت وکړم او د اکتوبر د 31 مخکې بيا تصديق وکړم. که ددې کارونو په ترسره کولو کې پاتې راشم، نو زه به د ND Ryan White پروگرام له لارې د خدماتو د ترلاسه کولو څخه بې برخي شم.

د مراجعه کونکي/سرپرست لاسليک	نيتي
د قضيې د مدير لاسليک	نيتي