



ND RYAN WHITE 计划 B 部分的注册申请
 NORTH DAKOTA 州卫生部
 性传播疾病和血源传播性疾病司
 SFN 54191 (修订日期 2021 年 07 月)

我们需要以下信息对您“North Dakota 州 Ryan White 计划 B 部分”的参与资格进行评估。

- 身份/年龄：**请携带证明身份和年龄的相关记录（例如驾驶执照）。
- 收入：**请携带显示所有家庭成员总收入（税前）的相关记录（例如最近的税表、工资单、SSDI、SSI）。
- 住所：**请携带显示您居住地点的相关记录（驾驶执照、租金收据、水电费账单）。您必须能够在申请后 60 天内提供本州 ID。
- 健康保险：**请携带一份保险卡复印件（正面和背面）。
- Medicaid/Medicare：**请携带一份 Medicaid 和 Medicare 卡复印件（正面和背面）。

请尽您所知填写本表格，并将所列文件提供给当地 Ryan White 病案主管。您也可以发送传真 **701-328-0338**；或者邮寄至“**Ryan White Part B Program**”；**600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200**。如有疑问，请致电 701-328-2378 或访问网站 ndhealth.gov/hiv。

申请人信息

Ryan White 病案管理站点		ND Ryan White 客户编号		ND ADAP 客户编号										
名字		姓氏		社会安全号										
街道地址		城市	州	邮政编码										
邮寄地址 (如果不同)		城市	州	邮政编码										
主要电话号码		替代电话号码		电子邮箱										
出生日期		出生国		母语										
性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 跨性别 男变女 <input type="checkbox"/> 跨性别 女变男 <input type="checkbox"/> 其他：				性取向										
种族 (请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人				西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
紧急联系人姓名		紧急联系人电话号码		与您的关系										
医师姓名		诊所		药店										
初步诊断日期 (年/月)			诊断城市/州或国家 (如果非美国)											
风险类别 (请勾选所有适用项) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 男男性行为 (MSM)</td> <td><input type="checkbox"/> 异性接触</td> <td><input type="checkbox"/> 毒品注射 (IDU)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血友病/凝血障碍</td> <td><input type="checkbox"/> 围产期 (母婴传播)</td> <td><input type="checkbox"/> 器官移植或输血</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 工作相关性暴露</td> <td><input type="checkbox"/> 未知</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 男男性行为 (MSM)	<input type="checkbox"/> 异性接触	<input type="checkbox"/> 毒品注射 (IDU)	<input type="checkbox"/> 血友病/凝血障碍	<input type="checkbox"/> 围产期 (母婴传播)	<input type="checkbox"/> 器官移植或输血	<input type="checkbox"/> 工作相关性暴露	<input type="checkbox"/> 未知	
<input type="checkbox"/> 男男性行为 (MSM)	<input type="checkbox"/> 异性接触	<input type="checkbox"/> 毒品注射 (IDU)												
<input type="checkbox"/> 血友病/凝血障碍	<input type="checkbox"/> 围产期 (母婴传播)	<input type="checkbox"/> 器官移植或输血												
<input type="checkbox"/> 工作相关性暴露	<input type="checkbox"/> 未知													
公民状态 <input type="checkbox"/> 公民 <input type="checkbox"/> 永久居民 <input type="checkbox"/> 临时签证 <input type="checkbox"/> 无证件														
就业状态 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 学生														
雇主名称														

保险信息

选择目前持有的健康保险类型并提供保险卡复印件（正面和背面）。					
私人保险	Medicaid	Medicare	其他	<input type="checkbox"/> 由“Ryan White 计划”支付的商业保险	<input type="checkbox"/> 我没有健康保险，起始于（日期）：
<input type="checkbox"/> 雇主提供保险 <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 牙科保险 <input type="checkbox"/> 眼科保险 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 传统型 <input type="checkbox"/> 扩展型 <input type="checkbox"/> 双重资格 (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> 部分 A/B <input type="checkbox"/> 部分 D（药物承保）	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> 其他：	如果入选，请填写健康保险筛查和认证	
保险提供商名称（例如：BCBS）			会员 ID	承保开始日期	
保险提供商名称（例如：BCBS）			会员 ID	承保开始日期	

健康保险筛查和认证

如果目前没有健康保险或者加入了由“Ryan White 计划”支付的商业健康保险，请填写此部分。

我过去 12 个月的收入低于\$20,000。

我在过去 6 个月内申请了 ND Medicaid，但由于以下原因被拒绝：

收入 公民/移民身份 申请不完整

我过去 6 个月内没有申请过 ND Medicaid。

我过去 12 个月的收入超过\$20,000。 我或者其他家庭成员有工作，但：

我的雇主不提供健康保险。

没有任何家庭成员通过我的合格就业状态获得健康保险。

所有有工作的家庭成员必须让其雇主完成[雇主承保工具](#)。

如果符合 Medicaid、Medicare 或者“私人雇主计划”健康保险资格，但并未获得该健康保险，您不符合“Ryan White 计划 B 部分”中关于“付款人最后选择”条款。因此，获得相应保险之前，您没有资格获得“Ryan White 承保服务”。保险计划生效之前，我们会考虑提供**最多三个月**的相关药物和承保服务

如果已申请 Medicaid、Medicare 或者“私人雇主计划”健康保险，但不符合承保资格，您必须在下一个开放注册期间，通过拥有 Ryan White 批准计划的健康保险公司注册合格的健康计划。Ryan White 计划可以支付您的部分保险费。如果在所提供的下一个注册期内未能注册健康保险计划，您的“Ryan White 计划 B 部分”将被**暂停一年**，或者直至获得健康保险为止。

_____（请填写首字母缩写）我知道“Ryan White 计划 B 部分”是付款人的最后选择，只能在没有其他付款人时方可提供承保服务。这表明，如果本人有资格获得健康保险但没有加入，Ryan White 将暂停本人的“Ryan White 计划 B 部分”的资格，直到获得相应保险为止。

用于病案主管：

该申请人目前没有资格获得任何健康保险，但有资格获得 Ryan White 服务。

该申请人有资格获得公共或私人健康保险，应该获得为期 3 个月的 RW 窗口期承保，截止日期为：_____。

该客户不符合 Ryan White 条款规定，也不符合 Ryan White 服务资格。

客户/监护人签名	日期
病案主管签字	日期

家庭特征

住房类型 (请选择一项) <input type="checkbox"/> 永久性住房 (公寓、住宅、供膳宿舍) <input type="checkbox"/> 出租房 <input type="checkbox"/> 自用房 <input type="checkbox"/> 临时性住房 (为无家可归者提供的过渡性住房; 与朋友或家人同住) <input type="checkbox"/> 不稳定性住房 (由紧急资金支付的紧急避难所、监狱、车辆、街道、旅馆或汽车旅馆)	
您是否获得住房援助 (HOPWA, 公共住房, Section 8) ? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请具体描述:	
请描述当前的居住安排 (稳定性、安全性、可负担性)	费用/月
过去 12 个月中, 您所经历的最不稳定的住房状态是什么? <input type="checkbox"/> 无家可归或不稳定性住房 <input type="checkbox"/> 临时性住房 <input type="checkbox"/> 稳定性或永久性住房	

家庭规模和收入

婚姻状态 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 合法分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 其他:				
请列出与您同住的每个家庭成员 (合法配偶、亲生子女/领养子女/继子女) 以及报税时声称需要您抚养的任何人员。请列出各自收入 (如适用)。如有需要, 可另附其他纸张。				
姓名	与您的关系	出生日期	收入类型	每月总收入 (税前)
	本人			
家庭规模		家庭每月总收入		
家庭联邦贫困水平 (由病案主管填写)				

无收入声明

如果目前没有收入, 请填写以下信息。 <input type="checkbox"/> 我在 20__ 年没有申报所得税。就本人所知, 本声明真实无误。 <input type="checkbox"/> 我目前没有收入, 且没有收入时间起自: 如果申报目前没有收入, 请解释您如何支付生活开销。
--

Ryan White 服务评估

请选择您所需要的 ND Ryan White 服务和费用报销。 <input type="checkbox"/> 病案管理 <input type="checkbox"/> 药物 (ADAP) <input type="checkbox"/> HIV 门诊治疗 <input type="checkbox"/> 保险费 (ADAP) <input type="checkbox"/> 牙科保健 <input type="checkbox"/> 眼科保健 <input type="checkbox"/> 心理健康 <input type="checkbox"/> 营养补充剂 <input type="checkbox"/> 房租和水电费援助 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> HIV 支持小组	
其他	

基本需求评估

请选择需要转介和帮助的领域。	
<input type="checkbox"/> 住房/水电费	<input type="checkbox"/> 公民/移民身份
<input type="checkbox"/> 医疗费	<input type="checkbox"/> 语言/文化障碍
<input type="checkbox"/> 吃穿用度	<input type="checkbox"/> 法律/监禁问题
<input type="checkbox"/> 支付账单/资金管理	<input type="checkbox"/> 寻找/维持工作
其他	

护理维持和 HIV 风险评估

上次 HIV 医疗保健提供者的访视时间？ <input type="checkbox"/> 过去 6 个月内 <input type="checkbox"/> 过去 12 个月内 <input type="checkbox"/> 超过 12 个月	
目前体内病毒是否被抑制？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道	CD4 计数是否大于 200 个/毫升？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
目前正在服用哪些 HIV 药物？	过去 12 个月内是否漏服过任何剂量？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体描述：
过去 12 个月内，您是否有过无保护性行为、拥有多名或匿名性伴侣，或者与任何人共用针头？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答 <input type="checkbox"/> 是，请具体描述：	

为 HIV 感染者推荐的筛查

过去 12 个月内是否接受过梅毒检测？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 没有性生活	检测日期	检测结果
过去 12 个月内是否接受过衣原体和淋病检测？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 没有性生活	检测日期	检测结果
现在是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	如果是，是否正在接受产前护理？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	预产期

药物使用和心理健康评估

是否使用烟草？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已戒	是否希望现在戒烟？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	是否接触二手烟？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
目前是否存在药物或酒精滥用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已戒	如果是，请勾选所有适合项 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 街头药物 <input type="checkbox"/> 处方药 <input type="checkbox"/> 注射	
是否希望转介？ <input type="checkbox"/> 药物滥用咨询 <input type="checkbox"/> 注射器服务 <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用		
意见		
是否存在心理健康问题？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 以前有	意见	
生活中是否经历过创伤？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否担心遭受躯体或情感虐待？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，我感觉很安全	
是否正在接受咨询/治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	是否希望获得帮助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	

由病案主管填写 - 分类标准

生活方面 & 评分	0分 自我管理	1分 基本需求	2分 中度需求	3分 高度需求
医疗案例管理				
医疗保健联系和维持 分类标准:	<input type="checkbox"/> 过去 12 个月内, 客户接受了所有 HIV 医疗预约。	<input type="checkbox"/> 过去 12 个月内, 客户错过一次约会或者重新安排了多次预约。	<input type="checkbox"/> 过去 12 个月内, 客户错过了一次以上的医疗预约。	<input type="checkbox"/> 过去 12 个月内没有实验室检测报告。客户状态: <input type="checkbox"/> 新确诊 <input type="checkbox"/> 怀孕 <input type="checkbox"/> 免疫功能低下 <input type="checkbox"/> 过去 90 天内从惩教所释放 <input type="checkbox"/> 过去 30 天内没有住过院、去过急诊室或者紧急医疗中心
了解 HIV 相关知识和危险行为 分类标准:	<input type="checkbox"/> 了解相关风险并采取降低伤害的行为, 与性伴侣就安全性行为 (例如使用安全套、PrEP、检测) 进行沟通	<input type="checkbox"/> 了解相关风险, 且在大部分时间里会采取降低伤害的行为。	<input type="checkbox"/> 不了解相关知识, 并采取危险行为。可检测出病毒载量。需要合作伙伴服务。	<input type="checkbox"/> 经常采取危险行为。没有抑制病毒复制。HIV 传播风险较高。需要合作伙伴服务。
药物依从性 分类标准:	<input type="checkbox"/> 无法检测出病毒载量, 表明完全药物依从。	<input type="checkbox"/> 偶尔错过剂量, 但持续性抑制病毒载量。	<input type="checkbox"/> 经常性错过剂量。可以检测到病毒载量, 低于 200 拷贝/毫升。	<input type="checkbox"/> 每天都错过剂量, 病毒载量超过 200 拷贝/毫升。需要药物依从性辅导。
健康保险 分类标准:	<input type="checkbox"/> 有医疗保险。能够获得医疗服务。	<input type="checkbox"/> 已加入健康保险, 但需要获得帮助方可维持保险。	<input type="checkbox"/> 有医疗保险, 但需要 ADAP 保费援助和 CM 支持方可维持保险。	<input type="checkbox"/> 没有健康保险。 <input type="checkbox"/> 不符合公共保险或私人保险资格。 <input type="checkbox"/> 符合保险资格但未注册。
非医疗案例管理				
基本需求 分类标准:	<input type="checkbox"/> 客户通过自己的方式获得食物、衣服和其他基本物品。 <input type="checkbox"/> 可以持续获得援助计划以维持基本需求。 <input type="checkbox"/> 能够独立进行日常活动 (ADL)	<input type="checkbox"/> 可以常规满足基本需求, 偶尔需要援助计划帮助。 <input type="checkbox"/> 只有获得紧急援助才能满足日常基本需求。 <input type="checkbox"/> 每周需要获得帮助以从事一些 ADL。	<input type="checkbox"/> 日常需要援助计划帮助方可满足基本需求。 <input type="checkbox"/> 以往靠本人力量很难获得援助计划。 <input type="checkbox"/> 通常无需食物、衣服或其他基本需求帮助。 <input type="checkbox"/> 每天需要居家 ADL 帮助。	<input type="checkbox"/> 无法获得食物。 <input type="checkbox"/> 无法获得大多数的基本需求。 <input type="checkbox"/> 无法从事大部分 ADL。 <input type="checkbox"/> 没有接受 ADL 援助的住宅。
心理健康 分类标准:	<input type="checkbox"/> 没有心理健康问题史。无需转介。	<input type="checkbox"/> 以往存在问题; 或者报告当前存在困难/压力; 或者已经接受心理卫生治疗。	<input type="checkbox"/> 日常活动受到限制。需要大力支持。需要转介接受心理健康治疗。	<input type="checkbox"/> 对本人或他人造成危险, 需要立即干预。需要转介接受心理健康治疗。
药物使用 分类标准:	<input type="checkbox"/> 没有药物使用问题。无需转介。	<input type="checkbox"/> 以往存在问题, 但目前处于恢复中。不影响日常活动或者获得医疗护理的能力。	<input type="checkbox"/> 当前存在药物使用问题—希望寻求帮助。影响到日常活动或者获得医疗护理的能力。	<input type="checkbox"/> 当前存在药物使用问题—不愿意寻求帮助。无法进行日常活动或者维持医疗护理。
住房 分类标准:	<input type="checkbox"/> 住房干净、稳定。无需帮助。	<input type="checkbox"/> 稳定性住房 (有补贴或无补贴)。偶	<input type="checkbox"/> 临时性住房 (有补贴或无补贴)。	<input type="checkbox"/> 不稳定性住房。目前面临驱逐或者无家可归。

生活方面 & 评分	0分 自我管理	1分 基本需求	2分 中度需求	3分 高度需求
		尔需要住房援助（每年<2次）。	频繁收到违规和逐客通知，且存在无家可归经历。	
语言和文化障碍 分类标准：	<input type="checkbox"/> 没有语言/文化障碍。	<input type="checkbox"/> 存在一些语言/文化障碍，但对获得医疗护理或服务没有造成主要影响。	<input type="checkbox"/> 存在语言和文化障碍，妨碍客户获得医疗护理和服务。	<input type="checkbox"/> 语言/文化障碍。没有翻译服务和 CM 协助，客户无法获得医疗护理或治疗。
交通 分类标准：	<input type="checkbox"/> 拥有持续可靠的交通方式，无需机构支持。	<input type="checkbox"/> 偶尔需要交通援助，以继续接受医疗护理。	<input type="checkbox"/> 有轿车或公交月票，但需要 CM 帮助对交通费用进行协调和报销。	<input type="checkbox"/> 交通使用受限或无法使用（语言、认知能力、心理健康），以致影响到医疗护理和服务。
总分：	将每行总分相加以得出总分			
	0分：自我管理		1-10分：基本病案管理	
	11-20分：中度病例管理		21-30分：深度病案管理	
备注：				

所提供的咨询和转介（用于病案主管）

转介到 HIV 医疗护理 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	转介至健康保险注册服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
提供降低 HIV 风险的咨询 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	提供药物依从性咨询 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
转介至药物滥用服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	转介至心理健康服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
转介至社会服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	转介至住房服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
其他转介服务	

ND Ryan White 计划 B 部分的客户权利和责任

客户权利:

作为“ND Ryan White 计划 B 部分”的参与者，您拥有以下权利：

- 受到尊重、获得尊严、得到体谅，并获得富有同情心的对待。
- 接受病案管理服务，受到尊重、获得尊严、得到体谅，并获得富有同情心的对待。
- 接受病案管理服务，不应受到源于种族、肤色、性/性别、民族、原国籍、宗教、年龄、阶层、性取向、身体或智力残疾的歧视对待。
- 参与制定病案管理服务计划。
- 了解所提供的服务和选项。
- 与您的病案主管就联系频率（见面或电话）达成协议。
- 对医疗记录和病案管理记录保守秘密。
- 针对所接受的服务或者拒绝服务提出申诉

客户责任:

作为“North Dakota 州 Ryan White 计划 B 部分”的参与者，您应承担以下责任：

- 尊重并礼貌地对待本机构的其他客户和员工。
- 对本机构内可能遇到的其他客户，应保守秘密。
- 不得让病案主管、员工或其他客户受到身体、性、言语或情感上的虐待或威胁。
- 尽量参与案例管理计划的制定。
- 让病案主管了解您对病案管理计划的任何疑虑或者需求变化。
- 尽量完成预约访视，或者在可能情况下，打电话取消或变更预约时间。
- 与您的病案主管保持联系，告知您的地址或电话号码、收入变化，并尽量回复病案主管的电话或信函。
- 结帐日 30 天内向您的病案主管提出任何账单支付申请，并提供所需文件。
- 遵循病案主管指示，获得所提供的其他计划和服务帮助。
- 定期就诊并服用处方药，确保健康和福祉。
- 每六个月对“ND Ryan White 计划 B 部分”的参与资格进行重新认证和注册。**您必须在每年 4 月 30 日之前进行重新注册，并在 10 月 31 日之前进行重新认证**，以持续获得 Ryan White 参与资格。

我理解上述信息，并已收到相关副本作为记录。

客户/监护人签名	日期
病案主管签字	日期

ND Ryan White 计划 B 部分的健康信息披露

我, _____, 授权 “ND Ryan White 计划” 工作人员或其代理人 与所列出的医疗保健提供者讨论本人的病案和诊断 (如有必要), 以接受并维持本人可能有资格获得的服务:

病案主管	律师
县财务工作者	ND Medicaid 代表
医师	诊所工作人员
保险注册助理	保险提供商
其他医疗保健提供者 (药剂师、牙医等)	社工

我还授权 “ND Ryan White 计划” 向私人保险公司和雇主查询本人可能拥有的健康或牙科保险。本授权的唯一目的是获取相关资格信息和保费信息, 以协助支付保险费并确保获得相应的健康保险。

本授权自签名之日起一年有效。我可以随时致函 “ND Ryan White 计划” 撤销本授权。如果撤销本授权, “ND Ryan White 计划” 工作人员和上述指定人员仍然可以使用撤销授权日期之前已披露的信息。

我知道, 本人相关信息受州和联邦隐私法保护。我知道, 除法律规定外, 未经本人同意不得披露这些信息。

我知道, 签署本授权表并非必须。如果选择不签署本表, 提供给本人的服务可能会受到限制或缩减。如果签署本表, 本人有权收到一份完整授权书副本。

客户/监护人签名	日期
----------	----

病案主管签字	日期
--------	----

ND Ryan White 计划 B 部分的资格认证

我特此证明, 本人收入、保险以及其他财务援助信息均真实无误, 满足以上所列资格要求并予以记录。

我了解本人的权利和责任, 包括每 6 个月填写资格证明文件, 以及立即向病案主管申报收入、保险状态以及住所方面的任何变化。

我知道, 本人必须在**每年 4 月 30 日之前进行重新注册, 并在 10 月 31 日之前进行重新认证, 以便继续获得相关资格。**如果没能这样做, 我将失去获得 “ND Ryan White 计划” 服务的资格。

客户/监护人签名	日期
----------	----

病案主管签字	日期
--------	----