

يُرجى ملء هذا النموذج والرجوع به إلى مدير حالتك في Ryan White بحلول 31 أكتوبر من أجل استمرار خدمات Ryan White و ADAP بعد 1 نوفمبر.

بيانات العميل

الاسم		تاريخ الميلاد		رقم عميل ND Ryan White	
العنوان		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
رقم الهاتف		البريد الإلكتروني			

الدخل وحالة السكن

هل تغير دخلك منذ إعادة التسجيل في أبريل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (يُرجى تقديم وصولات دفع شهر)
يرجى تحديد نوع مسكنك.
<input type="checkbox"/> السكن الدائم (شقة، منزل، منزل داخلي) <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> خاص
<input type="checkbox"/> مؤقت (سكن انتقالي للمشردين، الإقامة مع الأصدقاء أو العائلة)
<input type="checkbox"/> غير مستقر (مأوى الطوارئ، السجن، السيارة، الشوارع، الفندق أو الموتيل المدفوع من تمويل الطوارئ)

بيانات التغطية الصحية

هل تغيرت التغطية الصحية الخاصة بك منذ أبريل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (يُرجى تقديم نسخة من البطاقة من الأمام والخلف)					
تأمين خاص	برنامج (Medicaid)	برنامج (Medicare)	غير ذلك	تأمين Marketplace المدفوع بواسطة برنامج Ryan White	لا أملك تغطية صحية منذ (التاريخ):
<input type="checkbox"/> يعتمد على الوظيفة	<input type="checkbox"/> تقليدي	<input type="checkbox"/> الجزء A/B	VA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تأمين	<input type="checkbox"/> لا أملك تغطية
<input type="checkbox"/> فرد خاص	<input type="checkbox"/> توسعي	<input type="checkbox"/> الجزء D	HIS <input type="checkbox"/>	المدفوع بواسطة برنامج Ryan White	صحية منذ (التاريخ):
<input type="checkbox"/> طب الأسنان	<input type="checkbox"/> مؤهل بشكل مزدوج (Medicaid/Medicare)	(تغطية الأدوية)	غير ذلك: <input type="checkbox"/>	إذا تم تحديده، يُرجى إكمال فحص التغطية الصحية واستمارة التصديق.	
<input type="checkbox"/> الرؤية					
<input type="checkbox"/> غير ذلك:					
اسم مزود التأمين (مثل BCBS)	هوية العضو	تاريخ بدء الخدمة			
اسم مزود التأمين (مثل BCBS)	هوية العضو	تاريخ بدء الخدمة			

توقيع العميل	التاريخ
مدير الحالة	التاريخ