

Molimo da popunite ovaj formular i vratite svom menadžeru slučaja u okviru programa Ryan White do 31. oktobra da bi se usluge Ryan White i ADAP (program pomoći za lijekove za AIDS) nastavile poslije 01. novembra.

Informacije klijenta

Ime	Datum rođenja	Broj klijenta u programu Ryan White u Sjevernoj Dakoti		
Adresa		Grad	Savezna država	Poštanski kod
Poštanska adresa (ako se razlikuje)		Grad	Savezna država	Poštanski kod
Telefonski broj		Email		

Stambeni i prihodovni status

Je li se vaš prihod promijenio od uključenja u aprilu? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da (navedite mjesečne uplate)
Odaberite vrstu stambenog statusa. <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)

Informacije o zdravstvenom osiguranju

Je li se vaše zdravstveno osiguranje promijenilo od aprila? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da (dostavite kopiju kartona, prednje i zadnje stranice kartona)					
Privatno osiguranje	Medicaid	Medicare	Ostalo	<input type="checkbox"/> Tržište osiguranje koje plaća program Ryan White	<input type="checkbox"/> Nemam zdravstveno osiguranje od (datum):
<input type="checkbox"/> poslodavac osiguravač <input type="checkbox"/> privatno pojedinačno <input type="checkbox"/> dentalno <input type="checkbox"/> očno <input type="checkbox"/> ostalo:	<input type="checkbox"/> tradicionalno <input type="checkbox"/> prošireno <input type="checkbox"/> kvalifikovan/na za dvojno (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> dio A/B <input type="checkbox"/> dio D (osiguranje za lijekove)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> ostalo:	<input type="checkbox"/> ako je odabrano, popunite obrazac Provjera zdravstvenog osiguranja i ovjera.	
Ime osiguravača (npr. BCBS)			ID člana	Datum početka polise	
Ime osiguravača (npr. BCBS)			ID člana	Datum početka polise	

Potpis klijenta	Datum
Menadžer slučaja	Datum