

कृपया यो फारम पुरा गर्नुहोस् र तपाईंको रायन व्हाइट केस प्रबन्धकलाई फर्काउनुहोस् अक्टोबर ३१ भित्र ता कि रायन व्हाइट र एडिएपि सेवाहरु नोभेम्बर १ पछि जारी राख्न मिल्दोस्।

### ग्राहकको जानकारी

नाम	जन्म मिति	एनडी रायन व्हाइट ग्राहकको नम्बर		
ठेगाना		शहर	स्टेट	जिप कोड
मेल ठेगाना (यदि फरक छ भए)		शहर	स्टेट	जिप कोड
फोन नम्बर	इमेल			

### आय र आवास स्थिति

के तपाईंको आय अप्रिलमा पुनः भर्ना पछि परिवर्तन भएको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ (कृपया एक महिना तलब स्तब्ध प्रदान गर्नुहोस्)
कृपया आफ्नो आवासको प्रकार छान्नुहोस्। <input type="checkbox"/> स्थायी आवास (अपार्टमेन्ट, घर, बोर्डिंग हाउस) <input type="checkbox"/> भाडामा <input type="checkbox"/> आफ्नै <input type="checkbox"/> अस्थायी (बेघरको लागि संक्रमणकालीन आवास, साथीहरु वा परिवार सँग रहनु) <input type="checkbox"/> अस्थिर (आपतकालीन आश्रय, जेल, सवारी साधन, सडक, होटल वा मोटल आपतकालीन कोष द्वारा भुक्तान)

### स्वास्थ्य कवरेज जानकारी

के तपाईंको स्वास्थ्य कवरेज अप्रिल देखि परिवर्तन भएको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ (कृपया कार्डको एक प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्, अगाडि र पछाडि)					
निजी बीमा	मेडिकएड	मेडिकेयर	अन्य	<input type="checkbox"/> मार्केटप्लेस बीमा रायन व्हाइट कार्यक्रम द्वारा भुक्तान	<input type="checkbox"/> मसँग स्वास्थ्य कवरेज मिति छैन (मिति) पछि:
<input type="checkbox"/> रोजगारदाता आधारित <input type="checkbox"/> निजी व्यक्ति <input type="checkbox"/> दन्त <input type="checkbox"/> दृष्टि <input type="checkbox"/> अन्य:	<input type="checkbox"/> परम्परागत <input type="checkbox"/> विस्तार <input type="checkbox"/> दोहोरो योग्य (चिकित्सा सहायता/औषधि)	<input type="checkbox"/> भाग क/ख <input type="checkbox"/> भाग घ (औषधि कवरेज)	<input type="checkbox"/> भीए <input type="checkbox"/> आइएचएस <input type="checkbox"/> अन्य:	यदि छानिए, कृपया स्वास्थ्य कवरेज स्क्रीनिंग र प्रमाणीकरण फारम पुरा गर्नुहोस्।	
बीमा प्रदायकको नाम (जस्तै बिसीबिएस)			सदस्यको आईडी	नीति सुरु मिति	
बीमा प्रदायकको नाम (जस्तै बिसीबिएस)			सदस्यको आईडी	नीति सुरु मिति	

ग्राहकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजर	मिति