

د ND RYAN WHITE PART B PROGRAM برنامې بیا تصدیق

د شمالي ډکوتا د روغتیا خانګه

د جنسي لېږد او د وینې د ناروغيو برخه

SFN 58583 (Rev. 07-2021)



Be Legendary.™

لطفأ دا فورمه ډکه کړئ او د Ryan White فضیې مدیر ته ئې د اکتوبر تر 31 پورې بیرته واستوئ ترڅو د Ryan White او ADAP خدمات د نومبر له لومړۍ نېټې وروسته دوام ورکړي.

د پیروونکي معلومات

نوم		د زېږېدنې نېټه		د ND Ryan White د مراجعه کونکي شمیره	
پته		ښار		ولایت	زیپ کوډ/رمز
د بریښنالیک پته (که مختلفه وي)		ښار		ولایت	زیپ کوډ/رمز
تلیفون شمېره		بریښنالیک			

د عاید او هستوګني وضعیت

ایا ستاسو عاید په اپریل کې له بیا نوم لیکنې راهیسي بدل شوی؟ نه هو (مهرباني وکړئ د میاشتي تنخواه چیک وړاندي کړئ)

مهرباني وکړئ د خپل هستوګني ډول غوره کړئ.

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

لنډمهاله (د بي کوره خلکو لپاره انتقالي هستوګنه، د ملګرو یا کورنۍ سره اوسېدل)

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

د روغتيايي پوښښ معلومات

ایا ستاسو روغتيايي پوښښ د اپریل راهیسي بدل شوی؟ نه هو (لطفأ د کارت د مخ او شا یوه کاپي وړاندي کړئ)

شخصي بیمه	روغتيايي خدمات	درملنه	نور	Marketplace <input type="checkbox"/>	زه له (نیټې) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> د ګومارونکي پر بنسټ <input type="checkbox"/> شخصي انفرادي <input type="checkbox"/> د غاښونو <input type="checkbox"/> لید <input type="checkbox"/> نور:	<input type="checkbox"/> دودیز <input type="checkbox"/> پراخوالی <input type="checkbox"/> دوه ګوني وړتیا (طبي/درملنه)	<input type="checkbox"/> برخه A/B <input type="checkbox"/> برخه D (درملې پوښښ)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> نور:	بیمه چې د Ryan White برنامې لخوا تادیه کېږي	راهیسي روغتيايي تضمین نه لرم:
که انتخاب شوی وي، مهرباني وکړئ د روغتيايي پوښښ د چیکپ او تصدیق کولو 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 مراجعه کونکي لاسلیک	نیټه
د قضیې مدیر	نیټه