



ND RYAN WHITE 计划 B 部分的重新认证
NORTH DAKOTA 州卫生部
性传播疾病和血源传播性疾病司
SFN 58583 (修订日期 2021 年 07 月)

请填写本表格并于 10 月 31 日之前交给您的 Ryan White 病案主管，以便在 11 月 1 日之后继续获得 Ryan White 和 ADAP 服务。

客户信息

姓名	出生日期	ND Ryan White 客户编号		
地址	城市	州	邮政编码	
邮寄地址 (如有不同)	城市	州	邮政编码	
电话号码	电子邮箱			

收入和住房状况

自 4 月份重新注册以来，您的收入是否有变化？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (请提供一个月的工资单)
请选择您的住房类型。 <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"/> 自拥房 <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)

健康保险信息

自 4 月份以来，您的健康保险是否有变化？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (请提供保险卡正反面复印件)					
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表。	
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	

客户签名	日期
病案主管	日期