

Tafadhali jaza fomu hii na uirejeshe kwa mhudumu wako wa jamii wa Ryan White kufikia tarehe 31 Oktoba ili huduma za Ryan White na ADAP ziendelee baada ya tarehe 1 Novemba.

Taarifa za Mteja

Jina	Tarehe ya Kuzaliwa	Nambari ya Mteja wa ND Ryan White		
Anwani	Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo	
Anwani ya Barua (ikiwa ni tofauti)	Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo	
Nambari ya Simu	Baruapepe			

Hali ya Mapato na Makazi

Je, mapato yako yamebadilika tangu ulipojiandikisha Aprili? Hapana **Ndiyo (tafadhali toa mwezi wa hati za malipo)**

Tafadhali teua aina ya makazi yako.

Nyumba ya kudumu (ghorofa, nyuma, nyumba ya kupangisha) Kupangisha Kumiliki

Ya muda mfupi (nyumba ya mapito kwa wasio na makao, wanaoishi na marafiki au familia)

Kutokuwa imara (makao ya dharura, jela, gari, barabarani, hoteli au moteli inayolipiwa na fedha za dharura)

Taarifa za Bima ya Afya

Je, bima yako ya afya imebadilika tangu Aprili? Hapana **Ndiyo (tafadhali toa nakala ya kadi, mbele na nyuma)**

Bima ya Binafsi	Medicaid	Medicare	Nyingine	<input type="checkbox"/> Marketplace Insurance inayolipwa na mpango wa Ryan White	<input type="checkbox"/> Sina bima ya afya tangu (tarehe):
<input type="checkbox"/> Ya mwajiri <input type="checkbox"/> Mtu binafsi <input type="checkbox"/> Meno <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Nyingine:	<input type="checkbox"/> Ya kawaida <input type="checkbox"/> Upanuzi <input type="checkbox"/> Ustahiki wa Bima Mbili (Medicaid/ Medicare)	<input type="checkbox"/> Sehemu ya A/B <input type="checkbox"/> Sehemu ya D (bima ya dawa)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Nyingine:	Ukichaguliwa, tafadhali kamilisha fomu ya Uchunguzi na Uthibitisho wa Bima ya Afya.	
Jina la Mtoa Huduma wa Bima (mfano BCBS)			Kitambulisho cha Mwanachama	Tarehe ya Kuanza kwa Hati ya Bima	
Jina la Mtoa Huduma wa Bima (mfano BCBS)			Kitambulisho cha Mwanachama	Tarehe ya Kuanza kwa Hati ya Bima	

Sahihi ya Mteja	Tarehe
Mhudumu wa Jamii	Tarehe