

استمارة إعادة التسجيل في برنامج ND RYAN WHITE الجزء B

وزارة الصحة بداكوتا الشمالية
تقسيم الأمراض المنقولة جنسيا والأمراض المنقولة بالدم
(مرجع SFN 58583 2021-07)



المعلومات التالية مطلوبة لإعادة تقييم أهليتك لبرنامج Ryan White بداكوتا الشمالية الجزء B.

- الدخل:** أحضر سجلات لإظهار إجمالي دخلك (قبل الضرائب) لجميع أفراد الأسرة (على سبيل المثال، أحدث نموذج ضريبي، وكعب الأجور، وSSDI، وSSI). يجب على العملاء الذين يتلقون مساعدة قسط التأمين الفردي في Marketplace تقديم الإقرار الضريبي الكامل للسنة التي تلقوا فيها مساعدة قسط التأمين.
- الإقامة:** أحضر السجلات التي بها قائمة عناوينك الحالية (مثل رخصة القيادة، إيصالات الإيجار، فواتير الخدمات العامة).
- التأمين الصحي:** أحضر نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف).
- Medicaid/Medicare:** أحضر نسخة من بطاقات Medicaid و Medicare (من الأمام والخلف). إذا تقدمت بطلب ولكنك حُرمت من مزايا Medicaid خلال الأشهر الستة (6) الماضية، يُرجى تضمين نسخة من رسالة رفض Medicaid.

يُرجى إكمال هذا النموذج على أفضل وجه من علمك مع تقديم الوثائق المذكورة لمدير حالتك. يمكنك أيضا إرسال بريد أو فاكس إلى:

Ryan White Part B Program
North Dakota Department of Health
600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200
فاكس: 701-328-0338

للمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال على 2378-328-701 أو زيارة ndhealth.gov/hiv.

رقم عميل ND ADAP	رقم عميل ND Ryan White	موقع Ryan White لإدارة الحالات
------------------	------------------------	--------------------------------

بيانات مقدم الطلب

تاريخ الميلاد		الاسم الأخير		الاسم الأول	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)		
عنوان البريد الإلكتروني		رقم الهاتف الثانوي		رقم الهاتف الرئيسي	
الصيدلية		العيادة		اسم الطبيب	
العلاقة		رقم الهاتف		إسم الشخص للإتصال به في حالات الطوارئ	
حالة المواطنة					
<input type="checkbox"/> مواطن مدني <input type="checkbox"/> مواطن قومي <input type="checkbox"/> مقيم دائم <input type="checkbox"/> تأشيرة مؤقتة <input type="checkbox"/> غير موثق					
الوضع الوظيفي					
<input type="checkbox"/> موظف بدوام كامل <input type="checkbox"/> موظف بدوام جزئي <input type="checkbox"/> تعمل لحسابك الخاص <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> مُعاق <input type="checkbox"/> مُتقاعد					
اسم صاحب العمل					

حدد نوع التغطية الصحية التي لديك حالياً، ثم قم بتقديم نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف).					
تأمين خاص	برنامج (Medicaid)	برنامج (Medicare)	غير ذلك	تأمين Marketplace المدفوع بواسطة برنامج Ryan White	لا أمتلك تغطية صحية منذ (التاريخ):
<input type="checkbox"/> يعتمد على الوظيفة <input type="checkbox"/> فرد خاص <input type="checkbox"/> طب الأسنان <input type="checkbox"/> الرؤية <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> تقليدي <input type="checkbox"/> توسعي <input type="checkbox"/> مؤهل بشكل مزدوج (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> الجزء A/B <input type="checkbox"/> الجزء D (تغطية الأدوية)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> تأمين Marketplace المدفوع بواسطة برنامج Ryan White	<input type="checkbox"/> لا أمتلك تغطية صحية منذ (التاريخ):
اسم مزود التأمين (مثل BCBS)	هوية العضو	تاريخ بدء الخدمة	إذا تم تحديده، يُرجى إكمال فحص التغطية الصحية والتصديق		
اسم مزود التأمين (مثل BCBS)	هوية العضو	تاريخ بدء الخدمة			

فحص وتصديق التغطية الصحية

يُرجى إكمال هذا القسم إذا لم يكن لديك تغطية صحية حالياً أو كنت مسجلاً في التأمين الصحي في Marketplace الذي يدفعه برنامج Ryan White.

دخلي خلال الـ 12 شهراً الماضية أقل من 20,000 دولار.

لقد تقدمت بطلب للحصول على ND Medicaid في الأشهر 6 الماضية وتم رفضي بسبب:

الدخل الجنسية/حالة الهجرة وجود طلب غير مكتمل

لم أتقدم بطلب للحصول على ND Medicaid خلال الأشهر 6 الماضية.

دخلي خلال الـ 12 شهراً الماضية أكثر من 20,000 دولار. أنا أو أفراد أسرتي الآخرون موظفون ولكن:

صاحب العمل لا يقدم التأمين الصحي.

لا أحد في أسرتي يُقدم له تأمين صحي من خلال العمل الذي أنا طرف مؤهل فيه.

يجب على جميع العاملين في الأسرة أن يقوم صاحب العمل (أصحاب العمل) بإكمال [أداة تغطية صاحب العمل](#).

إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية الصحية ولم تحصل عليها من خلال Medicaid أو Medicare أو خطط صاحب العمل الخاصة، فأنت لا تمتلك لسياسات Ryan White الجزء B فيما يتعلق بـ "دافع الملاذ الأخير". وهذا سيجعلك غير مؤهل للحصول على خدمات Ryan White المغطاة حتى يتم الحصول على التغطية المناسبة. سيتم النظر في توفير الأدوية والخدمات لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر لتغطية الخدمات حتى تصبح الخطط نشطة

إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على رعاية Medicaid أو Medicare أو خطط صاحب العمل الخاصة وكنت غير مؤهل، فيجب عليك التسجيل في خطة صحية مؤهلة من خلال سوق التأمين الصحي مع خطة معتمدة من Ryan White خلال فترة التسجيل المفتوحة التالية. يمكن لبرنامج Ryan White دفع حصتك من قسط التأمين. سيؤدي عدم التسجيل في خطة التأمين الصحي خلال فترة التسجيل المتاحة التالية إلى تعليق لمدة عام واحد من برنامج Ryan White الجزء B أو حتى يتم الحصول على تغطية التأمين الصحي.

(من فضلك مبدئياً) أفهم أن برنامج Ryan White الجزء B هو دافع الملاذ الأخير وقد يغطي الخدمات فقط في حالة عدم توفر دافع آخر. هذا يعني أنه إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية صحية ولم أسجل، فسيقوم Ryan White بتعليق أهليتي للحصول على Ryan White الجزء B حتى أحصل على التغطية المناسبة.

بالنسبة لمديرو الحالة:

مقدم الطلب هذا غير مؤهل حالياً لأي تغطية صحية ويتأهل لخدمات Ryan White.

هذا المتقدم مؤهل للحصول على تغطية صحية عامة أو خاصة ويجب أن يحصل على فترة 3 أشهر من تغطية RW تنتهي في:

لا يمثل هذا العميل لسياسات Ryan White ولا يتأهل لخدمات Ryan White.

توقيع الولي/الوصي	التاريخ
توقيع مدير الحالة	التاريخ

تقييم الاحتياجات الأساسية

يُرجى تحديد المناطق التي تحتاج فيها إلى الإحالات والمساعدة.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> الإسكان والمرافق | <input type="checkbox"/> الجنسية/حالة الهجرة |
| <input type="checkbox"/> فواتير طبية | <input type="checkbox"/> حواجز اللغة أو الحواجز الثقافية |
| <input type="checkbox"/> الغذاء والكساء | <input type="checkbox"/> المسائل القانونية/قضايا السجن |
| <input type="checkbox"/> دفع الفواتير/إدارة الأموال | <input type="checkbox"/> العثور على وظيفة/ الاحتفاظ بها |

غير ذلك

البقاء في الرعاية وتقييم مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية

متى كانت زيارتك الأخيرة مع مزود فيروس نقص المناعة البشرية؟

خلال الأشهر الـ 6 الماضية خلال الأشهر الـ 12 الماضية أكثر من 12 شهرًا

هل تُقَمع الفيروس حاليًا؟

نعم لا لا أعرف

هل يزيد عدد خلايا CD4 عن 200 خلية/مل؟

نعم لا لا أعرف

ما هي أدوية فيروس نقص المناعة البشرية التي تتناولها حاليًا؟

هل فاتتك أي جرعات في الأشهر الـ 12 الماضية؟

لا نعم، صف:

هل مارست الجنس دون وقاية، أو مع شركاء جنسيين متعددين أو مجهولين، أو استخدمت إبر مشتركة مع أي شخص في الأشهر الـ 12

الماضية؟ لا أرفض الإجابة نعم، يُرجى الوصف:

الفحوصات الموصى بها للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية

هل تم فحصك للإصابة بالزهري في الأشهر الـ 12 الماضية؟

نعم لا غير نشط جنسيًا

نتيجة الاختبار

تاريخ الاختبار

هل تم اختبار الكلاميديا والسيلان في الأشهر الـ 12 الماضية؟

نعم لا غير نشط جنسيًا

نتائج الاختبار

تاريخ الاختبار

هل أنت حامل في الوقت الحالي؟

نعم لا لا ينطبق

إذا كانت الإجابة بنعم، هل تتلقين رعاية ما قبل الولادة؟

نعم لا

تاريخ الولادة المُقدرة

استخدام المواد وتقييم الصحة العقلية

هل تتعاطي التبغ؟

نعم لا مريض سابق

هل تتعرض للتدخين غير المباشر؟

نعم لا

هل تريد الإقلاع عن التدخين في هذا الوقت؟

نعم لا لا ينطبق

هل تسيء استخدام المخدرات أو الكحول حاليًا؟

نعم لا مُستخدم سابق

إذا كان الجواب نعم، ضع علامة على جميع الإجابات المناسبة

الكحول الشارع وصفة طبية حقن

هل ترغب في الإحالة؟

استشارات تعاطي المخدرات خدمة الحقن الإقلاع عن التبغ لا لا ينطبق

تعليقات

هل لديك مخاوف تتعلق بالصحة العقلية؟

نعم لا مريض سابق

تعليقات

هل لديك تاريخ من الصدمة في حياتك؟

نعم لا

هل لديك مخاوف من سوء المعاملة جسديًا أو عاطفيًا؟

نعم لا، أشعر بالأمان

هل تتلقى المشورة/العلاج؟

نعم لا لا ينطبق

هل أنت مهتم في الحصول على مساعدة؟

نعم لا لا ينطبق

3 نقطة احتياج عالي	2 نقطة احتياج متوسط	1 نقطة احتياج أساسي	0 نقطة الإدارة الذاتية	منطقة الحياة والدرجة
إدارة الحالات الطبية				
<input type="checkbox"/> لم يتم الإبلاغ عن فحوصات خلال الـ 12 شهرًا الماضية. العميل: <input type="checkbox"/> تم تشخيصه حديثًا <input type="checkbox"/> حامل <input type="checkbox"/> ضعيف المناعة <input type="checkbox"/> تم إطلاق سراحه من إصلاحية خلال الـ 90 يومًا الماضية <input type="checkbox"/> في المستشفى أو تم نقله إلى المستشفى أو استخدم غرفة الطوارئ أو الرعاية العاجلة في آخر 30 يومًا	<input type="checkbox"/> العميل غاب عن أكثر من موعد طبي واحد في الأشهر الـ 12 الماضية. <input type="checkbox"/> لديه معرفة ضعيفة ويشارك في السلوكيات الخطرة. لا يقيم الفيروس. يوجد خطر كبير من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. يحتاج إلى خدمات شريك.	<input type="checkbox"/> يفهم المخاطر والممارسات التي تحد من الضرر معظم الوقت. <input type="checkbox"/> يتجاوز بعض الجرعات في بعض الأحيان مع استمرار قمع الكمية الفيروسية.	<input type="checkbox"/> حضر العميل جميع المواعيد الطبية لفيروس نقص المناعة البشرية في الأشهر الـ 12 الماضية. <input type="checkbox"/> يفهم المخاطر والممارسات والسلوكيات التي تحد من الضرر ويتواصل مع الشركاء الجنسيين حول جنس أكثر أمانًا (مثل استخدام الواقي الذكري، PrEP، الاختبار)	الربط والاستبقاء في الرعاية الطبية درجة الحدة:
<input type="checkbox"/> يتجاوز الجرعات بشكل يومي ولديه كمية فيروسية أكثر من 200 نسخة/مل. يحتاج إلى مشورة الالتزام.	<input type="checkbox"/> لديه معرفة ضعيفة ويشارك في السلوكيات الخطرة. لا يقيم الفيروس. يوجد خطر كبير من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. يحتاج إلى خدمات شريك.	<input type="checkbox"/> يفهم المخاطر والممارسات التي تحد من الضرر معظم الوقت. <input type="checkbox"/> يتجاوز بعض الجرعات في بعض الأحيان مع استمرار قمع الكمية الفيروسية.	<input type="checkbox"/> الالتزام الكامل بالدواء ينعكس في الكمية الفيروسية التي لا يمكن الكشف عنها.	يفهم فيروس نقص المناعة البشرية والسلوكيات الخطرة درجة الحدة:
<input type="checkbox"/> يتجاوز الجرعات بشكل يومي ولديه كمية فيروسية أكثر من 200 نسخة/مل. يحتاج إلى مشورة الالتزام.	<input type="checkbox"/> يتجاوز الجرعات في كثير من الأحيان. لديه كمية فيروسية يمكن الكشف عنها أقل من 200 نسخة/مل.	<input type="checkbox"/> يتجاوز بعض الجرعات في بعض الأحيان مع استمرار قمع الكمية الفيروسية.	<input type="checkbox"/> الالتزام الكامل بالدواء ينعكس في الكمية الفيروسية التي لا يمكن الكشف عنها.	الالتزام بالأدوية درجة الحدة:
<input type="checkbox"/> لا توجد تغطية صحية. <input type="checkbox"/> غير مؤهل للتغطية العامة أو الخاصة. <input type="checkbox"/> مؤهل ولكنه غير مُسجل.	<input type="checkbox"/> لديه تغطية طبية ولكنه يتطلب مساعدة متميزة من ADAP ودعم CM للحفاظ على التغطية.	<input type="checkbox"/> مُسجل في التغطية الصحية ولكنه يحتاج إلى دعم للحفاظ على التغطية.	<input type="checkbox"/> لديه تغطية طبية. قادر على الحصول على الرعاية الطبية.	التغطية الصحية درجة الحدة:
إدارة الحالات غير الطبية				
<input type="checkbox"/> ليس لديه إمكانية الحصول على الطعام. <input type="checkbox"/> بدون معظم الاحتياجات الأساسية. <input type="checkbox"/> غير قادر على تنفيذ معظم أنشطة الحياة اليومية. <input type="checkbox"/> لا يوجد منزل لتلقي المساعدة مع أنشطة الحياة اليومية.	<input type="checkbox"/> يحتاج بشكل روتيني إلى المساعدة في الوصول إلى برامج المساعدة لتلبية الاحتياجات الأساسية. <input type="checkbox"/> تاريخ من الصعوبات في الوصول إلى برامج المساعدة من تلقاء نفسه. <input type="checkbox"/> يكون في كثير من الأحيان بدون غذاء، أو ملابس، أو غيرها من الاحتياجات الأساسية. <input type="checkbox"/> يحتاج إلى المساعدة في المنزل يوميًا ليقوم بأنشطة الحياة اليومية.	<input type="checkbox"/> تُلبي الاحتياجات الأساسية بشكل منتظم مع الحاجة في المساعدة أحيانًا للوصول إلى برامج المساعدة. <input type="checkbox"/> غير قادر على تلبية الاحتياجات الأساسية بشكل روتيني دون مساعدة طارئة. <input type="checkbox"/> يحتاج إلى المساعدة أسبوعيًا لأداء بعض أنشطة الحياة اليومية.	<input type="checkbox"/> الغذاء والملابس وغيرها من المواد الأساسية المتاحة من خلال وسائل العميل الخاصة. <input type="checkbox"/> لديه إمكانية الوصول المستمر إلى برامج المساعدة التي تحافظ على الاحتياجات الأساسية باستمرار. <input type="checkbox"/> قادر على أداء أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل (ADL)	الاحتياجات الأساسية درجة الحدة:

منطقة الحياة والدرجة	0 نقطة الإدارة الذاتية	1 نقطة احتياج أساسي	2 نقطة احتياج متوسط	3 نقطة احتياج عالي
الصحة العقلية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لا يوجد تاريخ من مشاكل الصحة العقلية. لا حاجة للإحالة.	<input type="checkbox"/> المشاكل السابقة و/أو تقارير الصعوبات/الإجهاد الحالي - يعمل على الدخول أو تشارك بالفعل في الرعاية الصحية العقلية.	<input type="checkbox"/> يواجه مشكلة في الأداء اليومي. يتطلب دعماً كبيراً. يحتاج الإحالة إلى رعاية الصحة العقلية.	<input type="checkbox"/> خطر على النفس أو الآخرين ويحتاج إلى تدخل فوري. يحتاج الإحالة إلى رعاية الصحة العقلية.
تعاطي المخدرات درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لا توجد صعوبات بسبب تعاطي المواد المخدرة. لا يحتاج إلى الإحالة.	<input type="checkbox"/> مشاكل سابقة ولكن حالياً في حالة التعافي. لم تتأثر قدرته على الأداء اليومي أو الحصول على الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> مُتعاطي للمواد المخدرة حالياً - على استعداد لطلب المساعدة. تتأثر قدرته على الأداء الطبيعي أو الحصول على الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> مُتعاطي للمواد المخدرة حالياً - ليس على استعداد لطلب المساعدة. غير قادر على الأداء الطبيعي أو الحفاظ على الرعاية الطبية.
الإسكان درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> يعيش في مساكن نظيفة ومستقرة. لا يحتاج إلى مساعدة.	<input type="checkbox"/> سكن مستقر (مدعوم أم لا). يحتاج أحياناً إلى مساعدة سكنية (أقل من مرتين في السنة).	<input type="checkbox"/> السكن المؤقت (مدعوم أم لا). انتهاكات متكررة وإشعارات إخلاء وتاريخ من التشرّد.	<input type="checkbox"/> مساكن غير مستقرة. يواجه حالياً الإخلاء أو التشرّد.
حواجز اللغة والحواجز الثقافية درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> لا توجد حواجز اللغة أو الحواجز الثقافية.	<input type="checkbox"/> بعض الحواجز اللغوية/الثقافية التي لا تؤثر بشكل رئيسي على إمكانية الحصول على الرعاية أو الخدمات الطبية.	<input type="checkbox"/> بعض الحواجز اللغوية/الثقافية التي لا تمنع العميل من الحصول على الرعاية والخدمات الطبية.	<input type="checkbox"/> حواجز اللغة أو الحواجز الثقافية. لا يستطيع العميل الحصول على الرعاية الطبية أو العلاج بدون خدمات الترجمة ومساعدة CM.
النقل درجة الحدة:	<input type="checkbox"/> إمكانية وصول ثابتة وموثوقة إلى وسائل النقل دون الحاجة إلى دعم الوكالة.	<input type="checkbox"/> يحتاج أحياناً إلى مساعدة النقل للبقاء في الرعاية الطبية.	<input type="checkbox"/> لديه سيارة أو بطاقة حافلة لكنه يتطلب مساعدة CM في تنسيق وتسدّد النقل.	<input type="checkbox"/> محدود الوصول أو غير قادر على الوصول إلى وسائل النقل (اللغة، القدرة المعرفية، الصحة العقلية) مما يؤثر على الحصول على الرعاية والخدمات الطبية.
مجموع النقاط:	جمع مجموع النقاط من كل سطر لتحديد المجموع 0 نقاط: الإدارة الذاتية 11 - 20 نقطة: إدارة الحالات المتوسطة	10-1 نقاط: إدارة الحالات الأساسية 21-30 نقطة: إدارة الحالات المكثفة		
ملاحظات:				

تقديم المشورة والإحالات (لمديري الحالات)

الإحالة إلى الرعاية الطبية لفيروس نقص المناعة البشرية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	الإحالة إلى خدمات التسجيل في التغطية الصحية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
تقديم المشورة بشأن الحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	تقديم المشورة بشأن الالتزام بالأدوية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
الإحالة إلى خدمات إساءة استعمال المخدرات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	الإحالة إلى خدمات الصحة العقلية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
الإحالة إلى الخدمات الاجتماعية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	الإحالة إلى خدمات الإسكان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق
الإحالات الأخرى	

أنا، _____، أفوض موظفي برنامج ND Ryan White أو وكلائهم لمناقشة حالتي وتشخيصي (إذا لزم الأمر) مع مقدمي الخدمات المدرجين للحصول على الخدمات التي قد أكون مؤهلاً لها والحفاظ عليها:

المحامون ممثل ND Medicaid فريق عمل العيادة مقدمو التأمين اختصاصي الخدمة الاجتماعية	مديرو الحالة عامل المقاطعة المالي طبيب مساعدو تسجيل التأمين مقدمو الرعاية الطبية الآخرين (الصيدلي، طبيب الأسنان، الخ)
--	--

أفوض أيضاً لبرنامج ND Ryan White التحقق مع شركات التأمين الخاصة وأصحاب العمل التأمين الصحي أو التأمين على الأسنان الذي قد أحصل عليه. هذا التفويض هو لغرض وحيد هو الحصول على تواريخ معلومات الأهلية ومعلومات الأقساط من أجل المساعدة في أقساط التأمين وضمان التغطية الصحية المناسبة.

ستنتهي صلاحية هذا الإذن بعد عام واحد من تاريخ توقيعي. يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى برنامج ND Ryan White. إذا قمت بإلغاء هذا التفويض، يجوز لموظفي برنامج ND Ryan White والأشخاص المذكورين أعلاه التصرف بناءً على معلوماتي التي تم الإفصاح عنها حتى تاريخ هذا الإلغاء.

أفهم أن المعلومات الخاصة بي محمية بموجب قوانين الخصوصية للولايات والقوانين الفيدرالية. أفهم أنه لا يمكن نشر هذه المعلومات دون موافقتي، إلا وفقاً للقانون.

أفهم أنه ليس عليّ التوقيع على هذا الترخيص. إذا اخترت عدم التوقيع على هذا النموذج، فقد يُحد هذا من الخدمات التي قد تقدم لي أو يُنقص منها. إذا وقعت على هذا النموذج، يحق لي الحصول على نسخة من التفويض المكتمل.

التاريخ	توقيع الولي/الوصي
التاريخ	توقيع مدير الحالة

شهادة برنامج ND Ryan White الجزء B

أقر بموجب أن تمثيل الدخل والتأمين والمساعدات المالية الأخرى الخاصة بي هو بيان حقيقي ودقيق وأن متطلبات الأهلية على النحو الوارد أعلاه قد تم الوفاء بها وتوثيقها.
أفهم حقوقي ومسؤولياتي، بما في ذلك استكمال وثائق الأهلية كل 6 أشهر، والإبلاغ عن التغييرات في الدخل أو حالة التأمين أو الإقامة إلى مدير الحالة الخاص بي على الفور.
أنا أفهم أنه يجب أن أعيد التسجيل كل عام بحلول 30 أبريل وإعادة التصديق بحلول 31 أكتوبر لاستمرار الأهلية. إذا فشلت في القيام بذلك، سأصبح غير مؤهل لتلقي الخدمات من خلال برنامج ND Ryan White.

التاريخ	توقيع الولي/الوصي
التاريخ	توقيع مدير الحالة