

Les informations suivantes sont nécessaires pour réévaluer votre éligibilité au programme du Dakota du Nord Ryan White Part B.

- Revenu** : Apportez des documents pour montrer votre revenu brut (avant impôts) pour tous les membres du ménage (par exemple, le formulaire fiscal le plus récent, les talons de salaire, SSDI, SSI). Les clients bénéficiant de l'aide aux primes du Marché de l'assurance individuelle doivent fournir la déclaration de revenus complète pour l'année au cours de laquelle ils ont reçu l'aide aux primes.
- Résidence** : Apportez des documents indiquant votre adresse actuelle (par exemple, permis de conduire, reçus de loyer, factures de services publics).
- Assurance maladie** : Apportez une copie de la carte d'assurance (recto et verso).
- Medicaid/Medicare** : Apportez une copie de vos cartes Medicaid et Medicare (recto et verso). Si vous avez fait une demande mais que les prestations de Medicaid vous ont été refusées au cours des six (6) derniers mois, veuillez inclure la copie de la lettre de refus de Medicaid.

Veillez remplir ce formulaire à votre connaissance et avec les documents énumérés, fournissez-le à votre gestionnaire de cas. Vous pouvez également envoyer par courrier ou par fax à :

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

Pour plus d'informations, veuillez appeler le 701-328-2378 ou visiter ndhealth.gov/hiv.

Site Web de gestion de cas Ryan White	Numéro de client ND Ryan White	Numéro de client ND ADAP
---------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

Information sur le demandeur

Prénom	Nom de famille	Date de Naissance		
Rue		Ville	État	Code postal
Adresse postale (si elle diffère)		Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire	Adresse courriel		
Nom du médecin	Clinique	Pharmacie		
Nom du contact d'urgence	Numéro de Téléphone	Rapport		
Statut de citoyenneté <input type="checkbox"/> Citoyen <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> Résident Permanent <input type="checkbox"/> Visa Temporaire <input type="checkbox"/> Sans papiers				
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Employé à temps plein <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> handicapé <input type="checkbox"/> Retraité				
Nom de l'employeur				

Information relative à l'assurance

Sélectionnez le type de couverture santé que vous avez actuellement et fournissez une copie de la carte d'assurance (recto et verso).									
Assurance privée		Medicaid		Medicare		Autre		<input type="checkbox"/> Marché de l'assurance payée par le programme Ryan White	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de couverture santé depuis le (date) :
<input type="checkbox"/> Par l'employeur <input type="checkbox"/> Un particulier <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins oculaires <input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> Traditionnel <input type="checkbox"/> Expansion <input type="checkbox"/> Doublement éligible (Medicaid/Medicare)		<input type="checkbox"/> Partie A/B <input type="checkbox"/> Partie D (couverture des médicaments)		<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Indian Health Service (USA) <input type="checkbox"/> Autres :		Si vous êtes sélectionné, veuillez remplir le formulaire de dépistage et d'attestation de la couverture santé	
Nom du fournisseur d'assurance (par exemple BCBS)				ID du membre		Date d'entrée en vigueur de la police			
Nom du fournisseur d'assurance (par exemple BCBS)				ID du membre		Date d'entrée en vigueur de la police			

Dépistage de la couverture santé et attestation

Veuillez remplir cette section si vous n'avez actuellement aucune couverture santé ou si vous êtes inscrit à l'assurance santé du marché payée par le programme Ryan White.

Mon revenu des 12 derniers mois est inférieur à 20 000 \$.

J'ai fait une demande de ND Medicaid au cours des 6 derniers mois et j'ai été refusé en raison de :

 Revenus Citoyenneté/statut d'immigration Avoir une demande incomplète

 Je n'ai pas fait de demande de ND Medicaid au cours des 6 derniers mois.

Mes revenu des 12 derniers mois est supérieurs à 20 000 \$. Moi-même, ou d'autres membres de mon ménage, sommes employés mais :

Mon employeur ne propose pas d'assurance santé.

 Personne dans mon ménage ne se voit proposer une assurance maladie dans le cadre d'un emploi pour lequel je suis éligible.

Tous les membres du ménage ayant des emplois doivent demander à leur(s) employeur(s) de remplir l' [Outil de couverture des employeurs.](#)

Si vous êtes éligible et n'avez pas obtenu une couverture santé par le biais de Medicaid, Medicare ou des régimes privés d'employeur, vous n'êtes pas en conformité avec les politiques de Ryan White Part B concernant le « payeur de dernier recours ». Cela vous rendra inéligible aux Services couverts Ryan White jusqu'à ce que la couverture appropriée soit obtenue. Il sera envisagé de fournir des médicaments et des services pendant une **période pouvant aller jusqu'à trois mois** pour couvrir les services jusqu'à ce que les plans deviennent actifs

Si vous avez demandé et n'êtes pas éligible pour les plans Medicaid, Medicare ou d'assurances privées parrainées par l'employeur, vous devez vous inscrire à un plan de santé qualifié via le marché de l'assurance santé avec un plan approuvé par Ryan White au cours de la prochaine période d'inscription ouverte. Le programme Ryan White peut payer votre part de la prime d'assurance. Le défaut de s'inscrire à un régime d'assurance santé au cours de la prochaine période d'inscription disponible entraînera une **suspension d'un an** du programme Ryan White Part B ou jusqu'à ce que la couverture d'assurance santé soit obtenue.

_____ (veuillez parapher) **Je comprends que le programme Ryan White Part B est un payeur de dernier recours et ne peut couvrir les services que lorsqu'il n'y a pas d'autre payeur disponible. Cela signifie que si je suis éligible à la couverture santé et que je ne m'inscris pas, Ryan White suspendra mon éligibilité à la partie B de Ryan White jusqu'à ce que j'obtienne une couverture appropriée.**

Pour les gestionnaires de cas :

Ce demandeur n'est actuellement éligible à aucune couverture santé et est éligible aux services Ryan White.

 Il s'agit d'un demandeur éligible à une couverture santé publique ou privée et devrait bénéficier d'une période de 3 mois de couverture RW se terminant le : _____.

 Ce client n'est pas en conformité avec les politiques de Ryan White et n'est pas admissible aux services de Ryan White.

Signature du client/tuteur	Date
Signature du gestionnaire de cas	Date

Évaluation des besoins de base

Veuillez sélectionner les domaines où vous avez besoin de références et d'assistance.	
<input type="checkbox"/> Logement, équipements collectifs	<input type="checkbox"/> Citoyenneté/statut d'immigration
<input type="checkbox"/> Factures médicales	<input type="checkbox"/> Langue et obstacles culturels
<input type="checkbox"/> Alimentation et habillement	<input type="checkbox"/> Questions juridiques/relatives à l'incarcération
<input type="checkbox"/> Paiement des factures/Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/> Trouver/garder un emploi
Autre	

Maintien dans les soins de santé et évaluation du risque de VIH

À quand remonte votre dernière visite avec votre prestataire VIH ?	
<input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois	
Êtes-vous actuellement viralemment supprimé ?	Votre compte de CD4 est-il supérieur à 200 cellules/mL ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Quels médicaments anti-VIH prenez-vous actuellement ?	Avez-vous oublié des doses au cours des 12 derniers mois ?
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, décrivez :
Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés, des partenaires sexuels multiples ou anonymes, ou partagé des seringues avec quelqu'un au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de répondre <input type="checkbox"/> Oui, veuillez décrire :	

Dépistages recommandés pour les personnes vivant avec le VIH

Avez-vous été testé pour la syphilis au cours des 12 derniers mois ?	Date de test	Résultat du test
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non sexuellement actif		
Avez-vous subi un test de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée au cours des 12 derniers mois ?	Date de test	Résultats du test
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non sexuellement actif		
Êtes-vous actuellement enceinte ?	Si oui, recevez-vous des soins prénatals ?	Date de livraison prévue
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Évaluation de la consommation de substances et de la santé mentale

Êtes-vous un consommateur de tabac ?	Êtes-vous intéressé à arrêter en ce moment ?	Êtes-vous exposé à la fumée secondaire ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ancien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faites-vous actuellement un abus de drogues ou d'alcool ?	Si oui, cochez toutes les réponses qui s'appliquent	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ancien	<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Rue <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Injection	
Souhaitez-vous une référence ?		
<input type="checkbox"/> Conseils en toxicomanie <input type="checkbox"/> Services de seringues <input type="checkbox"/> Abandon du tabac <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet		
Observations		
Avez-vous des problèmes de santé mentale ?	Observations	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ancien		
Avez-vous des antécédents de traumatisme dans votre vie ?	Avez-vous des problèmes de violence physique ou psychologique ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, je me sens en sécurité	
Recevez-vous des conseils/un traitement ?	Êtes-vous intéressé à obtenir de l'aide ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	

À remplir par le gestionnaire de cas – Échelle d'acuité

Zone de vie & But	0 points Auto-gestion.	1 point Besoin fondamental	2 points Besoin modéré	3 points Besoin élevé
Gestion des cas médicaux				
Lien et maintien dans les soins médicaux <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Le client a assisté à tous les rendez-vous médicaux liés au VIH au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Le client a manqué un rendez-vous au cours des 12 derniers mois ou a reporté plusieurs rendez-vous.	<input type="checkbox"/> Le client a manqué plus d'un rendez-vous médical au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Aucun laboratoire signalé au cours des 12 derniers mois. Le client est : <input type="checkbox"/> Cas récemment diagnostiqué <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Personnes immunodéprimées <input type="checkbox"/> Libéré d'un établissement correctionnel au cours des 90 derniers jours <input type="checkbox"/> Est/a été hospitalisé ou a utilisé des urgences ou des soins d'urgence au cours des 30 derniers jours
Compréhension du VIH et des comportements à risque <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Comprend les risques et pratique un comportement de réduction des méfaits et communique avec ses partenaires sexuels au sujet des rapports sexuels protégés (par exemple, utilisation du préservatif, PrEP, tests)	<input type="checkbox"/> Comprend les risques et pratique la réduction des méfaits la plupart du temps.	<input type="checkbox"/> A de faibles connaissances et s'engage dans des comportements à risque. Charge virale détectable. Besoin de services partenaires.	<input type="checkbox"/> Adopte fréquemment des comportements à risque. Avec suppression de la charge virale. Risque élevé de transmission du VIH. Besoin de services partenaires.
Adhésion aux médicaments <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> L'adhésion complète au traitement se reflète dans la charge virale indétectable.	<input type="checkbox"/> Omission de doses occasionnellement avec suppression continue de la charge virale.	<input type="checkbox"/> Oublie fréquemment les doses. A une charge virale détectable inférieure à 200 copies/mL.	<input type="checkbox"/> Oublie des doses quotidiennement et a une charge virale de plus de 200 copies/mL. Besoin de séances de consultation.
Couverture santé <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Dispose d'une couverture santé. Capable d'accéder aux soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Affilié à une couverture santé mais nécessite un soutien pour maintenir la couverture.	<input type="checkbox"/> Dispose d'une couverture santé, mais nécessite une assistance premium ADAP et une assistance CM pour maintenir la couverture.	<input type="checkbox"/> Pas d'une couverture santé. <input type="checkbox"/> Non admissible à une couverture publique ou privée. <input type="checkbox"/> Éligible mais non inscrit.
Pas de gestion des cas médicaux				
Besoins essentiels <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Nourriture, vêtements et autres articles de base disponibles par les propres moyens du client. <input type="checkbox"/> A un accès continu à des programmes d'assistance qui maintiennent les besoins de base de manière cohérente. <input type="checkbox"/> Capable d'effectuer des activités de la vie quotidienne de façon autonome (AVQ)	<input type="checkbox"/> Besoins de base comblés de façon régulière avec besoin occasionnel d'aide pour accéder aux programmes d'aide. <input type="checkbox"/> Incapable de répondre régulièrement aux besoins de base sans aide d'urgence. <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour effectuer des AVQ hebdomadaires.	<input type="checkbox"/> A régulièrement besoin d'aide pour accéder aux programmes d'assistance pour les besoins de base. <input type="checkbox"/> Antécédents de difficultés à accéder tout seul aux programmes d'aide. <input type="checkbox"/> Souvent sans nourriture, vêtements ou autres besoins de base. <input type="checkbox"/> A besoin d'une assistance AVQ à domicile quotidiennement.	<input type="checkbox"/> Non accès à l'alimentation. <input type="checkbox"/> Sans les besoins les plus élémentaires. <input type="checkbox"/> Impossible d'accomplir la plupart des AVQ. <input type="checkbox"/> Pas de domicile pour recevoir de l'aide avec AVQ.

Zone de vie & But	0 points Auto-gestion.	1 point Besoin fondamental	2 points Besoin modéré	3 points Besoin élevé
Santé mentale <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Aucun antécédent de problèmes de santé mentale. Pas besoin de référence.	<input type="checkbox"/> Problèmes passés et/ou signale des difficultés/tension actuels – fonctionne ou est déjà engagé dans des soins de santé mentale.	<input type="checkbox"/> Avoir des problèmes de fonctionnement quotidien. Nécessite un soutien important. A besoin d'être orienté vers des soins de santé mentale.	<input type="checkbox"/> Danger pour soi ou pour les autres et nécessite une intervention immédiate. A besoin d'être orienté vers des soins de santé mentale.
Consommation de substances <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Aucune difficulté avec la consommation de substances. Aucune référence nécessaire.	<input type="checkbox"/> Problèmes passés mais actuellement en convalescence. N'affecte pas la capacité de fonctionner quotidiennement ou d'accéder à des soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Consommation actuelle de substances – prêt à demander de l'aide. A un impact sur la capacité de fonctionner et d'accéder aux soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Consommation actuelle de substances – refus de demander de l'aide. Incapable de fonctionner quotidiennement ou de maintenir des soins médicaux.
Logement <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Vivre dans un logement propre et stable. N'a pas besoin d'aide.	<input type="checkbox"/> Logement stable (subventionné ou non). A besoin occasionnellement d'une aide au logement (<2 fois par an).	<input type="checkbox"/> Logement temporaire (subventionné ou non). Violations fréquentes et avis d'expulsion et antécédents d'itinérance.	<input type="checkbox"/> Logement instable. Actuellement confronté à l'expulsion ou à l'itinérance.
Barrières linguistiques et culturelles <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Pas de barrières linguistiques et culturelles.	<input type="checkbox"/> Certaines barrières linguistiques/culturelles qui n'affectent pas de manière majeure l'accès aux soins ou services médicaux.	<input type="checkbox"/> Barrières linguistiques et culturelles qui empêchent le client d'accéder aux soins et services médicaux.	<input type="checkbox"/> Barrières linguistiques et culturelles. Le client n'est pas en mesure d'accéder à des soins ou à un traitement médical sans services de traduction et assistance CM.
Transport <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> A un accès cohérent et fiable au transport sans avoir besoin du soutien d'une agence.	<input type="checkbox"/> A besoin occasionnellement d'une aide au transport pour rester en soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Possède un laissez-passer de voiture ou de bus, mais nécessite l'aide de CM pour coordonner et rembourser le transport.	<input type="checkbox"/> Accès limité ou inexistant au transport (langue, capacités cognitives, santé mentale) qui a une incidence sur l'accès aux soins et services médicaux.
Points totaux :	Additionnez le total des points de chaque ligne pour déterminer le total 0 pts : Autogestion 11-20 pts : Gestion de cas modérée			
			1-10 pts : Gestion de cas de base 21-30 pts : Gestion de cas intensive	
Remarques :				

Conseils et références fournis (pour les gestionnaires de cas)

Orientation vers des soins médicaux pour le VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Orientation vers les services d'inscription à la couverture santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Conseils sur la réduction des risques de VIH fournis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Conseils sur l'observance du traitement fournis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Orientation vers les services de traitement des toxicomanies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Orientation vers les services de santé mentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Orientation vers les services sociaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Orientation vers les services de logement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Autres saisines	

ND Ryan White Program Part B Diffusion d'informations par le client

Je, _____, autorise le personnel du programme ND Ryan White ou leurs agents à discuter de mon cas et de mon diagnostic (si nécessaire) avec les prestataires répertoriés pour obtenir et maintenir les services auxquels je peux prétendre :

Gestionnaires de cas	Avocats
Agent financier départemental	Représentant ND Medicaid
Médecin	Personnel de la clinique
Les assistants d'inscription à l'assurance	Prestataires d'assurance
Autres prestataires de soins médicaux (Pharmacien, dentiste, etc.)	Assistante sociale

J'autorise également le programme ND Ryan White à vérifier auprès des assureurs privés et des employeurs au sujet de l'assurance maladie ou dentaire que je pourrais avoir. Cette autorisation a pour seul but d'obtenir les dates d'admissibilité et les informations sur les primes afin de faciliter des primes d'assurance et d'assurer une couverture de santé appropriée.

Cette autorisation expirera un an après la date de ma signature. Je peux révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant au programme ND Ryan White. Si je révoque cette autorisation, le personnel du programme ND Ryan White et les personnes indiquées ci-dessus peuvent donner suite à mes informations qui ont été divulguées jusqu'à la date de cette révocation.

Je comprends que les informations me concernant sont protégées par les lois nationales et fédérales sur la confidentialité. Je comprends que ces informations ne peuvent être divulguées sans mon accord, sauf dans les cas prévus par la loi.

Je comprends que je ne suis pas obligé de signer ce formulaire d'autorisation. Si je choisis de ne pas signer ce formulaire, cela peut limiter ou restreindre les services qui peuvent m'être offerts. Si je signe ce formulaire, j'ai le droit de recevoir une copie de l'autorisation dûment remplie.

Signature du client/tuteur	Date
Signature du gestionnaire de cas	Date

Certification partie B du programme ND Ryan White

Je certifie par la présente que la représentation de mes revenus, assurances et autres aides financières est une déclaration véridique et exacte et que les conditions d'éligibilité énumérées ci-dessus ont été respectées et documentées.

Je comprends mes droits et responsabilités, y compris remplir les documents d'admissibilité tous les 6 mois et signaler immédiatement les changements de revenu, de statut d'assurance ou de résidence à mon gestionnaire de cas.

Je comprends que je dois me réinscrire **chaque année avant le 30 avril et me recertifier avant le 31 octobre pour continuer à être éligible.** Si je ne le fais pas, je deviendrai inéligible pour recevoir des services par le biais du programme ND Ryan White.

Signature du client/tuteur	Date
Signature du gestionnaire de cas	Date