

निम्न जानकारी उत्तरी डकोटा रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रमको लागि तपाईंको योग्यताको मुल्याङ्कन गर्नको लागि आवश्यक छ।

- आम्दानी:** घरको सबै सदस्यहरुको लागि तपाईंको सकल (करहरु भन्दा पहिले) आय देखाउनको लागि रेकर्ड ल्याउनुहोस्। (उदाहरणको लागि सबैभन्दा हालको कर फारम, ज्याला स्टब्स, एसएसडीआइ, एसएसआइ)। मार्केटप्लेस व्यक्तिगत बीमाको लागी प्रीमियम सहायता प्राप्त गरिराख्नु भएको ग्राहकहरुले प्रीमियम सहायता प्राप्त गरेको बर्षको पुरा कर फिर्ता प्रदान गर्नु पर्छ।
- निवास:** तपाईं कहाँ बस्नुहुन्छ (ड्राइभर इजाजतपत्र, भाडा रसिद, उपयोगिता बिल) देखाउनको लागि रेकर्ड ल्याउनुहोस्।
- स्वास्थ्य बीमा:** बीमा कार्ड (अगाडि र पछाडि) को एक प्रतिलिपि ल्याउनुहोस्।
- चिकित्सा सहायता/औषधि:** तपाईंको चिकित्सा सहायता र औषधि कार्ड (अगाडि र पछाडि) को एक प्रतिलिपि ल्याउनुहोस्। यदि तपाईंले आवेदन गर्नु भएको थियो तर (६) महिना भित्र मेडिकेड लाभ अस्वीकार गरियो भने कृपया मेडिकेड अस्वीकार पत्रको प्रतिलिपि समावेश गर्नुहोस्।

कृपया तपाईंको फारम सबै भन्दा राम्रो गर्नको लागि यो फारम पुरा गर्नुहोस् र सूचीबद्ध कागजात सहित तपाईंको केस प्रबन्धकलाई प्रदान गर्नुहोस्। तपाईंले यसमा पनि मेल वा फ्याक्स गर्नसक्नु हुन्छ:

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

अधिक जानकारी को लागि, कृपया फोन गर्नुहोस् ७०१-३२८-२३७८ वा भेट गर्नुहोस् ndhealth.gov/hiv.

रायन व्हाइट केस व्यवस्थापन साइट	एनडी रायन व्हाइट ग्राहक नम्बर	एनडी एडिएपी ग्राहक नम्बर
---------------------------------	-------------------------------	--------------------------

आवेदकको जानकारी

पहिलो नाम	थर	जन्म मिति		
सडक ठेगाना		शहर	स्टेट	जिप कोड
मेल ठेगाना (यदि फरक छ भए)		शहर	स्टेट	जिप कोड
प्राथमिक टेलिफोन नम्बर	माध्यमिक टेलिफोन नम्बर	इ - मेल ठेगाना		
चिकित्सकको नाम	क्लिनिक	फार्मसी		
आपतकालीन सम्पर्कको नाम	टेलिफोन नम्बर	सम्बन्ध		
नागरिकताको स्थिति <input type="checkbox"/> नागरिक <input type="checkbox"/> राष्ट्रिय <input type="checkbox"/> स्थायी निवासी <input type="checkbox"/> अस्थायी भिसा <input type="checkbox"/> कागजात नभएको				
रोजगारी अवस्था <input type="checkbox"/> पूर्ण समय कार्यरत <input type="checkbox"/> आंशिक समय कार्यरत <input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी <input type="checkbox"/> अक्षम <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त				
रोजगारदाताको नाम				

बीमा जानकारी

तपाईंको वर्तमानमा रहेको स्वास्थ्य कवरेजको प्रकार छात्रोहोस् र बीमा कार्ड (अगाडि र पछाडि) को एक प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्।					
निजी बीमा	मेडिकएड	मेडिकेयर	अन्य	<input type="checkbox"/> मार्केटप्लेस बीमा रायन व्हाइट कार्यक्रम द्वारा भुक्तान	<input type="checkbox"/> मसँग स्वास्थ्य मिति छैन (मिति):
<input type="checkbox"/> रोजगारदाता आधारित <input type="checkbox"/> निजी व्यक्ति <input type="checkbox"/> दन्त <input type="checkbox"/> दृष्टि <input type="checkbox"/> अन्य:	<input type="checkbox"/> परम्परागत <input type="checkbox"/> विस्तार <input type="checkbox"/> दोहोरो योग्य (चिकित्सा सहायता/ औषधि)	<input type="checkbox"/> भाग क/ख <input type="checkbox"/> भाग घ (औषधि कवरेज)	<input type="checkbox"/> भीए <input type="checkbox"/> आइएचएस <input type="checkbox"/> अन्य:	यदि छानिए, कृपया स्वास्थ्य कवरेज स्क्रिनिंग र प्रमाणीकरण पुरा गर्नुहोस्।	
बीमा प्रदायकको नाम (जस्तै बिसीबिएस)			सदस्यको आईडी	नीति सुरु मिति	
बीमा प्रदायकको नाम (जस्तै: बिसीबिएस)			सदस्यताको आईडी	नीति सुरु मिति	

स्वास्थ्य कवरेज स्क्रिनिंग र प्रमाणीकरण

यदि तपाईंको वर्तमानमा कुनै स्वास्थ्य कवरेज छैन वा मार्केटप्लेस स्वास्थ्य बीमामा रायनव्हाइट कार्यक्रम द्वारा भुक्तानी गरीएको छ भने कृपया यो खण्ड पुरा गर्नुहोस्।	
<input type="checkbox"/> पछिल्लो १२ महिना को लागि मेरो आय \$ २०,००० भन्दा कम छ। <input type="checkbox"/> मैले विगत ६ महिनामा एनदि चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन दिएको छु र मेरो कारणले अस्वीकार गरिएको छ: <input type="checkbox"/> आमदानी <input type="checkbox"/> नागरिकता/आप्रवासन स्थिति <input type="checkbox"/> अपूर्ण आवेदन भएको <input type="checkbox"/> मैले विगत ६ महिनामा एनदि चिकित्साको लागि आवेदन गरेको छैन।	
<input type="checkbox"/> पछिल्लो १२ महिनामा मेरो आय \$ २०,००० भन्दा माथि छ। म, वा मेरो घर का अन्य सदस्यहरु, कार्यरत छन् तर: <input type="checkbox"/> मेरो रोजगारदाताले स्वास्थ्य बीमा प्रदान गर्दैन। <input type="checkbox"/> मेरो परिवारमा कसैलाई रोजगारको माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमाको पेशकश गरीएको छैन जसमा म एक योग्य पार्टी हुँ। घर मा सबै कार्यरत सदस्यहरु लाई आफ्नो नियोक्ता (हरू) नियोक्ता कवरेज उपकरण पुरा हुनुपर्छ।	
यदि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ र चिकित्सा सहायता, औषधि वा निजी रोजगारदाता आधारित योजनाहरुको माध्यमबाट स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त गर्नुभएको छैन, तपाईं "अन्तिम उपायको भुक्तानीकर्ता" को सम्बन्धमा रायन व्हाइट भाग ख नीतिहरूसँग अनुपालनमा छैन। यो उपयुक्त कभरेज प्राप्त नभएसम्म तपाईं रायन व्हाइट कभरेज सेवाहरुको लागि अयोग्य प्रदान गर्नुहुनेछ। योजनाहरु सक्रिय नहुन्जेलसम्म सेवाहरु कभरेज गर्नको लागि तीन महिना सम्मको अवधि को लागि औषधि र सेवाहरु प्रदान गर्नको लागि विचार गरिनेछ। यदि तपाईं चिकित्सा सहायता, औषधि वा निजी रोजगारदाता आधारित योजनाहरुको लागि आवेदन दिईरहनु भएको छैन भने, तपाईंले स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेसको माध्यमबाट एक योग्य स्वास्थ्य योजनामा एक रायन व्हाइटद्वारा अनुमोदित योजनाको लागि अर्को खुला नामांकन अवधिको दौरान नामांकन गर्नु पर्छ। रायन व्हाइट कार्यक्रमले बीमा प्रीमियमको तपाईंको भाग तिर्न सक्छ। अर्को उपलब्ध नामांकन अवधि को दौरान एक स्वास्थ्य बीमा योजना मा नामांकन गर्न को लागि एक एक बर्ष निलम्बन रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रमबाट वा स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्राप्त नभएसम्म परिणाम हुनेछ। _____ (कृपया प्रारम्भिक) म बुझ्छु कि रायन व्हाइट भाग ख कार्यक्रम अन्तिम रिपोर्टको एक दाता हो र मात्र सेवाहरु लाई कभरेज गर्न सक्छ जब त्यहाँ कुनै अन्य दाता उपलब्ध छैन। यसको मतलब यो हो कि यदि म स्वास्थ्य कवरेजको लागि योग्य छु र म भर्ना गर्दिन भने, रायन व्हाइट भाग ख ले मेरो योग्यता निलम्बन गर्नुहुन्छ मैले उचित कवरेज प्राप्त नगरे सम्म।	
केस प्रबन्धकहरुको लागि: <input type="checkbox"/> यो आवेदक हाल कुनै स्वास्थ्य कवरेजको लागि योग्य छैन र रायन व्हाइट सेवाहरुको लागि योग्य छ। <input type="checkbox"/> यो आवेदक सार्वजनिक वा निजी स्वास्थ्य कवरेज को लागि योग्य छ र आरडब्ल्यू कवरेज को ३ महिना विन्डो अवधिको अन्तमा प्राप्त गर्नु पर्छ: _____। <input type="checkbox"/> यो ग्राहक रायन व्हाइट नीतिहरूसँग अनुपालनमा छैन र रायन व्हाइट सेवाहरुको लागि योग्य छैन।	
ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति

आधारभूत आवश्यकता आकलन

कृपया तपाईंलाई रेफरल र सहायताको आवश्यकता पर्ने क्षेत्रहरू छान्नुहोस्।	
<input type="checkbox"/> आवास/उपयोगिताहरू	<input type="checkbox"/> नागरिकता/आप्रवासन स्थिति
<input type="checkbox"/> मेडिकल बिल	<input type="checkbox"/> भाषा/सांस्कृतिक बाधाहरू
<input type="checkbox"/> खाना र लुगा	<input type="checkbox"/> कानूनी/कैद मुद्दाहरू
<input type="checkbox"/> बिल/पैसा व्यवस्थापन तिर्ने	<input type="checkbox"/> जागिर खोज्ने/राख्ने
अन्य	

एचआईभी जोखिम र हेरचाह आकलनमा अवधारण

तपाईंको एचआईभी प्रदायकसँगको अन्तिम भेट कहिले थियो?	
<input type="checkbox"/> विगत ६ महिना भित्र <input type="checkbox"/> विगत १२ महिना भित्र <input type="checkbox"/> १२ महिना भन्दा लामो	
के तपाईं हाल भाइरल दबाइमा हुनुहुन्छ?	के तपाईंको सिडी४ गन्ती २०० कोशिकाहरू/एमएल भन्दा माथि छ?
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
तपाईं अहिले कुन एचआईभी औषधि लिइरहनुभएको छ?	के तपाईं विगत १२ महिनामा कुनै पनि खुराक याद गर्नुभयो?
<input type="checkbox"/> गरिन <input type="checkbox"/> गरें, वर्णन गर्नुहोस्:	<input type="checkbox"/> गरिन <input type="checkbox"/> जवाफ दिन अस्वीकार गर्नुहोस्
के तपाईंसँग असुरक्षित यौन सम्बन्ध, धेरै वा अज्ञात यौन साझेदारहरू, वा विगत १२ महिनामा कसैसँग सुई साझा गर्नुभयो? <input type="checkbox"/> गरिन <input type="checkbox"/> जवाफ दिन अस्वीकार गर्नुहोस्	
<input type="checkbox"/> गरें, कृपया वर्णन गर्नुहोस्:	

एचआईभीसँग बस्ने व्यक्तिको लागि सिफारिश गरिएको स्क्रीनिंग

के तपाईंले विगत १२ महिनामा सिफलिसको लागि परीक्षण गर्नु भएको छ?	परीक्षण मिति	परीक्षणको परिणाम
<input type="checkbox"/> गरेको छु <input type="checkbox"/> गरेको छैन <input type="checkbox"/> यौन सक्रिय छैन		
के तपाईंले पछिल्लो १२ महिनामा क्लैमिडिया र गोनोरियाको लागि परीक्षण गर्नु भएको छ?	परीक्षण मिति	परीक्षणको परिणाम
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> यौन सक्रिय छैन		
के तपाईं अहिले गर्भवती हुनुहुन्छ?	यदि हुनुहुन्छ भए, के तपाईं जन्मपूर्व हेरचाह प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?	अनुमानित वितरण मिति
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन	

पदार्थको प्रयोग र मानसिक स्वास्थ्य आकलन

के तपाईं तंबाकू प्रयोगकर्ता हुनुहुन्छ?	के तपाईं यस समयमा छोड्न रुचि राख्नुहुन्छ?	के तपाईं दोस्रो हात धुवाँबाट उजागर हुनुहुन्छ?
<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> पूर्व	<input type="checkbox"/> राख्छु <input type="checkbox"/> राख्दिन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन
के तपाईं हाल लागु पदार्थ वा रक्सीको दुरुपयोग गर्नुहुन्छ?	यदि गर्नुभएको छ भने, लागु हुने सबै जाँच गर्नुहोस्	
<input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/> पूर्व उपयोग	<input type="checkbox"/> रक्सी <input type="checkbox"/> सडक <input type="checkbox"/> डाक्टरद्वारा स्वीकृत <input type="checkbox"/> सुई लाउनु	
के तपाईं एक रेफरल चाहनुहुन्छ?	<input type="checkbox"/> पदार्थ दुर्व्यवहार परामर्श <input type="checkbox"/> सिरिज सेवाहरू <input type="checkbox"/> तंबाकूको समाप्ति <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	
टिप्पणीहरू		
के तपाईं मानसिक स्वास्थ्यको चिन्ता छ?	टिप्पणीहरू	
<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> पूर्व		
के तपाईंको जीवनमा मानसिक आघातको इतिहास छ?	के तपाईंमा शारीरिक वा भावनात्मक दुर्व्यवहारको चिन्ता छ?	
<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन, म सुरक्षित महसुस गर्छु	
के तपाईं परामर्श/उपचार प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?	के तपाईं मदत प्राप्त गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ?	
<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	<input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	

केस प्रबन्धकद्वारा पुरा गर्नको लागि - तीक्ष्णता स्केल

जीवन क्षेत्र र स्कोर	शुन्य अंक आत्म एमजीएनति	१ अंक आधारभूत आवश्यकता	२ अंक मध्यम आवश्यकता	३ अंक उच्च आवश्यकता
मेडिकल केस व्यवस्थापन				
मेडिकल केयरमा सम्बन्ध र प्रतिधारण <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> ग्राहक पछिल्लो १२ महिनामा सबै एचआईवी चिकित्सा नियुक्तिमा भाग लिनुभयो।	<input type="checkbox"/> ग्राहक पछिल्लो १२ महिनामा एउटा अपोइन्टमेन्ट छुटेको छ वा धेरै अपोइन्टमेन्टको समयतालिका तय गरेको छ।	<input type="checkbox"/> ग्राहक पछिल्लो १२ महिनामा एक भन्दा बढी मेडिकल अपोइन्टमेन्ट छुटे।	<input type="checkbox"/> विगत १२ महिनामा कुनै रिपोर्ट ल्याबहरु भएका छैनन्। ग्राहक: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> नयाँ निदान <input type="checkbox"/> गर्भवती <input type="checkbox"/> प्रतिरक्षा सम्झौता <input type="checkbox"/> विगत ९० दिन भित्र एक सुधारात्मक सुविधाबाट प्रकाशन <input type="checkbox"/> अस्पतालमा भर्ना भएको थियो वा ईआर वा पछिल्लो ३० दिनमा जरुरी हेरचाह प्रयोग गरीएको हो/थियो
एचआईभी र यसबाट हुने जोखिम व्यवहारको समझ <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> सुरक्षित यौन सम्बन्धको बारेमा यौन साझेदारहरु सँग कुराकानी गर्दछन् र जोखिम बुझ्छन् (जस्तै कण्डमको उपयोग, पिआरइपी, परीक्षण)	<input type="checkbox"/> जोखिम बुझ्छन् र धेरैजसो हानि घटाउने अभ्यास गर्छन्।	<input type="checkbox"/> खराब ज्ञान छ र जोखिमपूर्ण व्यवहारमा संलग्न छ। भाइरल लोड पत्ता लगाउन सकिने। साझेदार सेवाहरु चाहिन्छ।	<input type="checkbox"/> बारम्बार जोखिमपूर्ण व्यवहारमा संलग्न। भाइरल रूपमा दबाइएको छैन। एचआईभी संक्रमणको उच्च जोखिम। साझेदार सेवाहरु चाहिन्छ।
चिकित्सा अनुपालन <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> पुरा औषधि पालन भाइरल लोडमा प्रतिबिम्बित पत्ता लगाउन नसकिने।	<input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ निरन्तर भाइरल लोड दमन सँग खुराक लिंदैन।	<input type="checkbox"/> बारम्बार खुराक लिन भुल्छ। २०० प्रतिलिपि/एमएल तल एक पत्ता लगाउन सकिने भाइरल लोड छ।	<input type="checkbox"/> दैनिक खुराक याद छ र २०० प्रतिलिपि/एमएल एक भाइरल लोड छ। पालन सल्लाह आवश्यक छ।
स्वास्थ्य कवरेज <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> मेडिकल कवरेज छ। चिकित्सा सेवामा पहुँच गर्न सक्षम।	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य कवरेजमा भर्ना तर कवरेज कायम राख्न समर्थन चाहिन्छ।	<input type="checkbox"/> चिकित्सा कवरेज छ तर एडिएपी प्रीमियम सहायता र सीएम समर्थन कवरेज कायम राख्न को लागि आवश्यक छ।	<input type="checkbox"/> कुनै स्वास्थ्य कवरेज छैन। <input type="checkbox"/> सार्वजनिक वा निजी कवरेजको लागि योग्य छैन। <input type="checkbox"/> योग्य तर भर्ना भएको छैन।
गैर मेडिकल केस व्यवस्थापन				
आधारभूत आवश्यकताहरु <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> खाना, कपडा, र ग्राहकको आफ्नै माध्यमबाट उपलब्ध अन्य आधारभूत वस्तुहरु। <input type="checkbox"/> सहायता कार्यक्रमहरुको लागि निरन्तर पहुँच छ जसले आधारभूत आवश्यकताहरुलाई लगातार बनाइ राख्छ। <input type="checkbox"/> दैनिक जीवनको गतिविधिहरु स्वतन्त्र रूपमा प्रदर्शन गर्न सक्षम (एडिएल)	<input type="checkbox"/> कार्यक्रमको पहुँचमा मद्दतको लागि आधारभूत आवश्यकताहरु सहायता सामयिक आवश्यकता सँग एक नियमित आधारमा भेटिन्छ। <input type="checkbox"/> आपतकालीन सहायता बिना नियमित आधारभूत आवश्यकताहरु पूरा गर्न असमर्थ। <input type="checkbox"/> केहि एडिएल साप्ताहिक प्रदर्शन गर्न को लागि सहायता चाहिन्छ।	<input type="checkbox"/> नियमित रूपमा आधारभूत आवश्यकताहरुको लागि सहायता कार्यक्रमहरुलाई पहुँच गर्न मद्दतको आवश्यकता छ। <input type="checkbox"/> आफ्नै सहायता कार्यक्रमहरुमा पहुँच गर्नमा कठिनाईको इतिहास। <input type="checkbox"/> धेरै जसो खाना, कपडा, वा अन्य आधारभूत आवश्यकताहरु बिना। <input type="checkbox"/> दैनिक घरमा एडिएल सहायताको आवश्यकता छ।	<input type="checkbox"/> खानाको पहुँच छैन। <input type="checkbox"/> धेरै आधारभूत आवश्यकताहरु बिना। <input type="checkbox"/> धेरै एडिएल प्रदर्शन गर्न असमर्थ। <input type="checkbox"/> एडिएलसँग सहयोग प्राप्त गर्नको लागि कुनै घर छैन।
मानसिक स्वास्थ्य <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्याको कुनै इतिहास छैन। रेफरल को लागि कुनै आवश्यकता छैन।	<input type="checkbox"/> विगतका समस्याहरु र/वा रिपोर्ट वर्तमान कठिनाइहरु/तनाव - काम गरीरहेको छ वा पहिले नै	<input type="checkbox"/> दैनिक कामकाजमा समस्या छ। महत्वपूर्ण समर्थन चाहिन्छ। मानसिक स्वास्थ्य	<input type="checkbox"/> आफै वा अरुको लागि खतरा र तत्काल हस्तक्षेपको आवश्यकता छ। मानसिक स्वास्थ्य सेवाको लागि रेफरलको आवश्यकता छ।

जीवन क्षेत्र र स्कोर	शून्य अंक आत्म एमजीएनति	१ अंक आधारभूत आवश्यकता	२ अंक मध्यम आवश्यकता	३ अंक उच्च आवश्यकता
		मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहमा संलग्न छ।	सेवाको लागि रेफरलको आवश्यकता छ।	
पदार्थको उपयोग <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> पदार्थको उपयोगबाट कुनै कठिनाइहरू छैन। <input type="checkbox"/> कुनै रेफरल आवश्यक छैन।	<input type="checkbox"/> विगतका समस्याहरू थिए तर हाल रिक्तभरीमा छ। दैनिक कार्य वा चिकित्सा हेरचाह पहुँच गर्ने क्षमतालाई असर गर्दैन।	<input type="checkbox"/> वर्तमान पदार्थको उपयोग - मदत खोज्नको लागि इच्छुक। प्रभाव र चिकित्सा हेरचाह पहुँच गर्नको लागि क्षमता।	<input type="checkbox"/> वर्तमान पदार्थको उपयोग - मदत खोज्न इच्छुक छैन। दैनिक कार्य वा चिकित्सा हेरचाह कायम राख्न असमर्थ।
आवास <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> स्वच्छ, स्थिर आवासमा बस्ने। सहयोगको आवश्यकता छैन।	<input type="checkbox"/> स्थिर आवा (आर्थिक सहायता होस् वा नहोस्)। कहिले काहीँ आवास सहायताको आवश्यकता छ (<२ पटक प्रति वर्ष)।	<input type="checkbox"/> अस्थायी आवास (आर्थिक सहायता होस् वा नहोस्) बारम्बार उल्लंघन र निष्कासन सूचना र बेघरको इतिहास।	<input type="checkbox"/> अस्थिर आवास। हाल घरबाट निष्कासन वा बेघरको सामना गर्दै।
भाषा र सांस्कृतिक बाधाहरू <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> कुनै भाषा/सांस्कृतिक बाधा छैन।	<input type="checkbox"/> केहि भाषा/सांस्कृतिक बाधाहरू जुन प्रमुख रूपमा चिकित्सा हेरचाह वा सेवाहरूको पहुँचलाई प्रभावित गर्दैनन्।	<input type="checkbox"/> भाषा र सांस्कृतिक बाधाहरू कि ग्राहकलाई चिकित्सा हेरचाह र सेवाहरूको उपयोगबाट रोक्न।	<input type="checkbox"/> भाषा/सांस्कृतिक बाधाहरू। ग्राहक अनुवाद सेवा र सीएम सहायता बिना चिकित्सा हेरविचार वा उपचार पहुँच गर्न सक्षम छैन।
यातायात <i>तीव्रता स्कोर:</i>	<input type="checkbox"/> एजेन्सी समर्थनको लागि कुनै आवश्यकतासँग यातायातको लागि लगातार र विश्वसनीय पहुँच छ।	<input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ चिकित्सा हेरचाहमा रहन को लागि यातायात सहायताको आवश्यकता छ।	<input type="checkbox"/> एक कार वा बस पास छ तर समन्वय र यातायात प्रतिपूर्तिमा सीएम सहायताको आवश्यकता छ।	<input type="checkbox"/> सीमित वा यातायातको लागि कुनै पहुँच छैन (भाषा, संज्ञानात्मक क्षमता, मानसिक स्वास्थ्य) जो चिकित्सा हेरचाह र सेवाहरूको उपयोगलाई प्रभावित गर्दछ।
कुल अंक:	कुल निर्धारण गर्न प्रत्येक पंक्तिबाट कुल अंक जोड्नुहोस्			
	शून्य अंक: आत्म व्यवस्थापन	१-१० अंक: आधारभूत केस व्यवस्थापन	११-२० अंक: मध्यम केस व्यवस्थापन	२१-३० अंक: गहन केस व्यवस्थापन
छोटो पत्र:				

परामर्श र सन्दर्भ प्रदान (केस प्रबन्धकहरूको लागि)

एचआईभी चिकित्सा सेवाको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	स्वास्थ्य कवरेज नामांकन सेवाहरूको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
एचआईभी जोखिम घटाउने परामर्श प्रदान गरिएको छ <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	चिकित्सा अनुपालन परामर्श प्रदान <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
पदार्थ दुर्व्यवहार सेवाहरूको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
सामाजिक सेवाको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन	आवास सेवाको लागि रेफरल <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> लागु हुँदैन
अन्य रेफरलहरू	

एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख ग्राहकको जानकारी प्रकाशन

म, _____, एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम कर्मचारी वा उनीहरूका एजेन्टहरूलाई मेरो केस र निदान (यदि आवश्यक भए) लाई सूचीबद्ध प्रदायकहरूसँग सेवाहरू प्राप्त गर्न र राख्नको लागि म योग्य हुन सक्छु भन्ने मामला छलफल गर्नको लागि अधिकृत गर्दछु:

केस प्रबन्धकहरू काउन्टी वित्तीय कार्यकर्ता चिकित्सक बीमा नामांकन सहयोगीहरू अन्य चिकित्सा सेवा प्रदायकहरू (फार्मासिस्ट, दन्त चिकित्सक, आदि)	अधिवक्ताहरू एनडी चिकित्सा सहायता प्रतिनिधि क्लिनिकको कर्मचारी बीमा प्रदायकहरू सामाजिक कार्यकर्ता
---	--

म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमलाई मेरो निजी बीमाकर्ताहरू र स्वास्थ्य वा दन्त बीमाको बारेमा पनि नियोक्ताहरूसँग जाँच गर्नको लागि अधिकृत गर्दछु। यो प्राधिकरण बीमा प्रीमियमसँग सहयोग र उचित स्वास्थ्य कवरेज सुनिश्चित गर्नको लागि योग्यता जानकारी मिति र प्रीमियम जानकारी प्राप्त गर्ने एकमात्र उद्देश्यको लागि हो।

यो अनुमति मेरो हस्ताक्षरको मितिबाट एक वर्षमा समाप्त हुनेछ। म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमलाई लेखेर कुनै पनि समय यो प्राधिकरण रद्द गर्न सक्छु। यदि मैले यो प्राधिकरण खारेज गरे भने, एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम स्टाफ र माथि उल्लेखित व्यक्तिहरू त्यो खारेजको मितिसम्म प्रकाशन गरीएको मेरो जानकारीमा कार्य गर्न सक्छन्।

म बुझ्छु कि मेरो जानकारी राज्य र संघीय गोपनीयता कानूनहरूद्वारा सुरक्षित छ। म बुझ्छु कि कानूनद्वारा प्रदान गरीएको बाहेक, यो जानकारी मेरो सहमति बिना प्रकाशन हुन सकिदैन।

म बुझ्छु कि मैले यो प्राधिकरण फारममा हस्ताक्षर गर्नु पर्दैन। यदि मैले यो फारममा हस्ताक्षर नगर्ने छनौट गरे भने, यसले मलाई प्रदान गर्न सकिने सेवाहरूलाई सीमित वा घटाउन सक्छ। यदि म यो फारममा हस्ताक्षर गर्छु, मसँग पूरा भएको प्राधिकरणको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार छ।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति

एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम भाग ख प्रमाणीकरण

म यसद्वारा प्रमाणित गर्दछु कि मेरो आय, बीमा, र अन्य वित्तीय सहायताको प्रतिनिधित्व एक साँचो र सही कथन हो र त्यो पात्रता आवश्यकताहरू माथि सूचीबद्ध र दस्तावेज गरीएको छ।

म मेरो अधिकार र जिम्मेवारीहरू बुझ्दछु, प्रत्येक ६ महिनामा योग्यता कागजात पुरागरी, र आय, बीमा स्थिति, वा निवासमा परिवर्तन भएमा मेरो केस प्रबन्धकलाई सिधै रिपोर्टिङ गर्नेछु।

म बुझ्छु कि मैले **अप्रिल ३० सम्ममा प्रत्येक वर्ष पुनः भर्ना गर्नुपर्छ र अक्टोबर ३१ सम्ममा योग्यता जारी राख्नको लागि पुनः प्रमाणित गर्नुपर्छ।** यदि म त्यसो गर्न असफल भए भने, म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमको माध्यमबाट सेवाहरू प्राप्त गर्नको लागि अयोग्य हुनेछु।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर	मिति
केस म्यानेजरको हस्ताक्षर	मिति