

د ND RYAN WHITE PART B پروگرام د بیا شمولیت درخواست

د شمالي ډکوتا د روغتیا خانګه
د جنسي لېږد او د وینې د ناروغيو برخه
SFN 58583 (Rev. 07-2021)



د شمالي ډکوتا North Dakota Ryan White Part B پروگرام لپاره ستاسو د بیا ارزونې په خاطر لاندې مالومات اړین دي.

عاید: هغه یادابنتونه راوړئ چې ستاسو د کور د ټولو غړو لومړنی (د ماليې مخکې) عاید بنیې (لکه، د ماليې نوي فورمه، د مزدورۍ چک، SSDI, SSI) هغه مراجعین چې د Marketplace څخه د انفرادي بیمې مرستې ترلاسه کوي باید دهغه کال بشپړه مالیه چې دوی پکې د بیمې مرستې ترلاسه کړي دي بیرته تادیه کړي.

اوسېدنه: ستاسو د اوسني ادرس د اوسېدو لیست (لکه، د موټر چلولو جواز، د کرایې رسید، د ګټې اخیستنې بیلونه) راوړئ.

روغتیايي بیمه: د بیمې د کارت (شا و مخ) یو کاپي راوړئ.

طبي/روغتیايي خدمات: د طبي او روغتیايي خدماتو د کارت (شا و مخ) یوه کاپي راوړئ. که په تېرو 6 میاشتو کې تاسو د طبي مرستو لپاره عریضه کړې وي او هغه مسترده شوې وي، لطفاً د مستردېدو د خط کاپي ورسره کښېږدئ.

لطفاً دغه فورمه په خپلو مالوماتو باندې او د هغه اسنادو سره چې ستاسو د قضیې مدیر ته وړاندې کېږي ډکه کړئ. تاسو همدارنګه کولای شئ چې لاندې ادرس ته برېښنالیک یا فکس واستوئ:

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

د نورو معلوماتو لپاره 701-328-2378 ته زنگ ووهئ او یا د ndhealth.gov/hiv څخه لیدنه وکړئ.

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| ND ADAP د مراجع کونکي شمېره | د ND Ryan White د مراجع کونکي شمېره | Ryan White د قضیې مدیریت سایټ |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|

د غوڅونکي معلومات

| | | |
|---|----------------------|----------------|
| اصلي نوم | وروستی نوم | د زېږېدنې نېټه |
| د کوڅې پته | ښار | ولایت |
| د برېښنالیک پته (که مختلفه وي) | ښار | ولایت |
| د تلیفون لومړنی شمېره | د تلیفون دوهمه شمېره | برېښنالیک |
| د ډاکټر نوم | کلینیک | درملتون |
| د هغه شخص نوم چې بیرنۍ اړیکه ورسره نیول کېږي | د تلیفون شمېره | اړیکه |
| د تابعیت حالت <input type="checkbox"/> تبعه <input type="checkbox"/> ملي تبعه <input type="checkbox"/> دايمي هستوګن <input type="checkbox"/> موقتي وېزه <input type="checkbox"/> بي اسناده | | |
| د استخدام حالت <input type="checkbox"/> ټوله ورځ کارېګر <input type="checkbox"/> نیم وخت کارېګر <input type="checkbox"/> ازاد کارکوونکی <input type="checkbox"/> بي کاره <input type="checkbox"/> زده کوونکی <input type="checkbox"/> معیوب <input type="checkbox"/> تقاعد شوی | | |
| د کار ګومارونکي نوم | | |

| هغه روغتیایي تضمین انتخاب کړی چې تاسو ئې اوس لرئ او د بیمې د کارت (شا و مخ) یوه کاپي ورسره وړاندي کړئ. | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| شخصي بیمه | روغتیایي خدمات | درملنه | نور | Marketplace | زه له (نیټې) راهیسي روغتیایي تضمین نه لرم: |
| <input type="checkbox"/> د گومارونکي پر بنسټ <input type="checkbox"/> شخصي انفرادي <input type="checkbox"/> د غاښونو <input type="checkbox"/> لید <input type="checkbox"/> نور: | <input type="checkbox"/> دودیز <input type="checkbox"/> پراخوالی <input type="checkbox"/> دوه گوني وړتیا (طبي/درملنه) | <input type="checkbox"/> برخه A/B <input type="checkbox"/> برخه D (درملې پوښن) | <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> نور: | <input type="checkbox"/> بیمه چې د Ryan White برنامې لخوا تادیه کیږي که انتخاب شوی، لطفاً د روغتیایي تضمین د پلټنو او تصدیقولو فورمه ډکه کړئ. | <input type="checkbox"/> زه له (نیټې) راهیسي روغتیایي تضمین نه لرم: |
| د بیمې چمتو کونکي نوم (د مثال په توګه BCBS) | | | د غړي ID | د پالیسي د پیل نیټه | |
| د بیمې چمتو کونکي نوم (د مثال په توګه BCBS) | | | د غړي ID | د پالیسي د پیل نیټه | |

د روغتیایي تضمین تیسټ او تصدیق

| | |
|--|---|
| <p>که تاسو اوس روغتیایي پوښن نه لرئ یا د Marketplace په روغتیایي بیمه کې چې د Ryan White لخوا تادیه کیږي شامل یاست، لطفاً دغه برخه بشپړه کړئ.</p> | |
| <input type="checkbox"/> زما د تېرو 12 میاشتو عاید د 2000 امریکایي ډالرو څخه کم دی. | <input type="checkbox"/> ما په تېرو 6 میاشتو کې د ND طبي خدماتو ته عریضه کړې ده خو زما د لاندنیو دلایلو په خاطر مسترد شوي ده: |
| <input type="checkbox"/> ما په تېرو 6 میاشتو کې د ND طبي خدماتو ته عریضه نه ده کړې. | <input type="checkbox"/> عاید <input type="checkbox"/> تابعیت/د کډوالی حالت <input type="checkbox"/> نیمګړې عریضه لرل |
| <input type="checkbox"/> زما د تېرو 12 میاشتو عاید د 2000 امریکایي ډالرو څخه زیات دی. زه یا زما د کورنۍ نور غړي په دندو ګمارل شوي دي، خو: | |
| <input type="checkbox"/> زما کارګومارونکی روغتیایي بیمه نه ورکوي. <input type="checkbox"/> زما په کورنۍ کې چې زه یو وړ شخص یم هیچا ته په کار کې روغتیایي بیمه نه ورکول کېږي. <u>د کارګومارونکو د پوښن وسایل بشپړ کړئ.</u> | |
| <p>که تاسو مستحق یاست، او د طبي روغتیایي درملني، یا د کارګومارونکو خصوصي پلانونو د لاري مو روغتیایي پوښن نه وي ترلاسه کړی، تاسو "د آخرنی مرستي ورکونکي" اړوند د Ryan White Part B د پالیسي پر اصولو برابر نه یاست. دا به تاسو ترهغه وخته د Ryan White د خدماتو څخه به برخې کړې ترڅو تاسو یو مناسب پوښن ترلاسه کوئ. د پلانونو د فعالولو تر وخته به تاسو ته د دريو میاشتو لپاره د درملني او خدماتو د وړاندي کولو لپاره توجه کېږي.</p> | |
| <p>که تاسو د طبي روغتیایي درملني، یا د کارګومارونکو خصوصي پلانونو دپاره عریضه کړې وي خو مستحق نه یاست، تاسي باید د Ryan White د تائید شوي پلان مطابق په راتلونکې کې د Marketplace د روغتیایي د بیمې له لاري په یو مناسب روغتیایي پلان کې شامل شئ. د Ryan White پروګرام ستاسو برخه بېمه تادیه کولای شي. که په راتلونکې کې تاسو د روغتیایي بیمې په یو پلان کې د شاملېدو لپاره ناکام شئ، دا به د Ryan White Part B پروګرام لخوا د یو کلني ځنډ لامل شي او یا تر هغو چې د روغتیایي بیمې پوښن ترلاسه کېږي.</p> | |
| <p>(لطفاً لومړی) زه پوهېږم چې Ryan White Part B پروګرام وروستی مرسته ورکونکی دی او کېدای شي یواځې هغه وخت خدمات وړاندي کړي چې نور تادیه کوونکي موجود نه وي. دا په دې معنی دی که زه د روغتیایي پوښن جوګه یم خو پکېښ داخل نه شم، Ryan White به زما وړتیا له Ryan White Part B څخه وځنډوي تر هغو چې زه یو مناسب پوښن ترلاسه کوم.</p> | |
| <p>د قضیې د مدیرانو لپاره:</p> <input type="checkbox"/> دغه عارض د اوس لپاره د هېڅ روغتیایي پوښن او د Ryan White د خدمتونو جوګه نه دی. | |
| <input type="checkbox"/> دغه عارض د عمومي او خصوصي روغتیایي پوښن جوګه دی او د RW پوښن دري میاشتني ویندو دوره چې پر لاندې نېټه ختمېږي ترلاسه کړي: | |
| <input type="checkbox"/> دا پیرودونکی د Ryan White د پالیسي سره مطابقت نه لري او د Ryan White د خدماتو مستحق نه دی. | |
| د مراجعه کونکي/سرپرست لاسلیک | نیټه |
| د قضیې د مدیر لاسلیک | نیټه |

د اساسي اړتياو ارزونه

| |
|--|
| <p>مهرباني وکړئ هغه ساحې په نښه کړئ چې تاسو هلته مراجعه کولو او مرستې ته اړتيا لرئ.</p> <p><input type="checkbox"/> هستوګنځی/اسانتياوي <input type="checkbox"/> تابعیت/د کډوالی حالت</p> <p><input type="checkbox"/> طبي بیلونه <input type="checkbox"/> ژبه/کلتوري خنډونه</p> <p><input type="checkbox"/> خواره او کالي <input type="checkbox"/> قانوني/د بنديانو قضیې</p> <p><input type="checkbox"/> د بیلونو تادیه/د پیسو اداره کول <input type="checkbox"/> د دندې موندل/ساتل</p> |
| نور |

طبي پاملرنه کې ځان ساتل او د HIV د خطر ارزونه

| | |
|--|---|
| <p>د HIV برابرونکي سره ستاسو وروستی لیدنه کله وه؟</p> <p><input type="checkbox"/> په تېرو 6 میاشتو کې <input type="checkbox"/> په تېرو 12 میاشتو کې <input type="checkbox"/> تر 12 میاشتو ډېر</p> | |
| <p>ایا تاسو اوس د مهال په ویروس اخته یاست؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم</p> | <p>ایا ستاسو CD4 د 200 حجرو/mL څخه پورته دی؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم</p> |
| <p>تاسو دا مهال د HIV کوم درمل اخلئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> تشریح یې کړئ:</p> | <p>ایا تاسو په تېرو 12 میاشتو کې کوم ډوز پرې اېښی دی؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> تشریح یې کړئ:</p> |
| <p>ایا تاسو په تېرو 12 میاشتو کې مو غیر محافظتي جنسي اړیکې نیولي، یا هم د ډیرو یا نامالومو جنسي ملګرو سره اړیکې لرلي دي، یا مو له بل چا سره شریکه ستن لګولي ده؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> خواب نه ورکوم <input type="checkbox"/> هو، تشریح یې کړئ:</p> | |

په HIV د اخته کسانو لپاره وړاندیز شوي محافظتي لاري چاري

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| <p>ایا تاسو په تېرو 12 میاشتو کې مو د سیفیس لپاره ټیسټ ورکړی دی؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د جنسي اړخه فعالیت نشته</p> | <p>د ټیسټ نېټه</p> | <p>د ټیسټ نتیجه</p> |
| <p>ایا تاسو په تېرو 12 میاشتو کې د کلیمیا او ګونوریا لپاره ټیسټ کړی دی؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د جنسي اړخه فعالیت نشته</p> | <p>د ټیسټ نېټه</p> | <p>د ټیسټ نتیجه</p> |
| <p>ایا تاسو اوس امیندواره یاست؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی</p> | <p>که خواب هو وي، ایا تاسو د زیږون مخکې پاملرنې خدمات ترلاسه کوئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> | <p>د زېږون احتمالي نېټه</p> |

د درملو کارول او د رواني روغتیا ارزونه

| | | |
|---|---|---|
| <p>ایا تاسو تنباکو استعمالوئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> مخکې</p> | <p>ایا اوس مهال د تنباکو پریښودلو ته علاقمند یاست؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی</p> | <p>ایا تاسو په غیر مستقیمه توګه د سګرېټ لوګي تنفس کړي دي؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> |
| <p>ایا تاسو اوس مهال مخدره توکي یا الکول استعمالوي؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> مخکې مې استعمالول</p> | <p>که خواب هو وي، ټول هغه څه انتخاب کړئ چې کېدل</p> <p><input type="checkbox"/> الکول <input type="checkbox"/> پر سرک <input type="checkbox"/> د نسخې له لاري <input type="checkbox"/> ستن لګول</p> | <p>ایا تاسو غواړئ ځان وسپارئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> د درملو څخه د ناوړه ګټې اخیستنې مشورې <input type="checkbox"/> د ستن لګولو خدمات <input type="checkbox"/> د تنباکو څخه ځان ساتل <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجراء وړ نه دی</p> |
| <p>ملاحظات</p> | | |
| <p>ایا تاسو د رواني روغتیا انډیښني لرئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> مخکې</p> | <p>ملاحظات</p> | |
| <p>ایا تاسو په خپل ژوند کې د ذهني ټکان پېښه لرلي ده؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> | <p>ایا تاسو د فزیکي یا احساساتي ناوړه ګټه اخیستنې څخه انډیښني لرئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه، زه د ارامې احساس کوم</p> | |
| <p>ایا تاسو مشورې/درملنه ترلاسه کوئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجراء وړ نه دی</p> | <p>ایا د مرستې د ترلاسه کولو سره علاقه لرئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجراء وړ نه دي</p> | |

د قضیې مدیر لخوا بشپړېږي - د شدت کچه

| د ژوند ساحه & نتیجه | 0 نومري ځاني اداره. | 1 درجه اساسي غوښتنه | 2 درجه په متوسطه اندازه اړتیا | 3 درجه د لوري کچې غوښتنې |
|---|---|--|--|--|
| د طبي چارو مدیریت | | | | |
| د طبي پاملرنې سره اړیکې او ځان خوندي کول د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> مراجعه کونکي په تېرو 12 میاشتو کې د HIV په ټولو طبي ملاقاتونو کې برخه اخیستي ده. | <input type="checkbox"/> مراجعه کونکي په تېرو 12 میاشتو کې یوه ناسته له لاسه ورکړې یا ئې ډیرې طبي لیدني له سره تنظیم کړي دي. | <input type="checkbox"/> مراجعه کونکي په تېرو 12 میاشتو کې له یوه څخه ډیر طبي ملاقاتونه له لاسه ورکړي دي. | <input type="checkbox"/> په تېرو 12 میاشتو کې د لابراتوار هیڅ راپور نه دی وړاندي شوی. مراجعه کونکي: <input type="checkbox"/> نوی تشخیص شوی دی <input type="checkbox"/> امیندواره <input type="checkbox"/> معافیتي نقص لري <input type="checkbox"/> په تېرو 90 ورځو کې د یو اصلاحي مرکز څخه خوشي شوی دی. <input type="checkbox"/> په تېرو 30 ورځو کې په روغتون کې داخل شوی دی یا بي ER یا بېرني پاملرنه اخیستي ده |
| په HIV او خطرناک چلند باندې پوهېدل د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> په خطرونو پوهېږي، د خطر د کمښت پر لاروچارو عملاً کار کوي او د ملگرو سره د محفوظي جنسي اړیکې په اړه خبري کوي (مثلاً: د کنډوم استعمال، PrEP، ټیسټ کول) | <input type="checkbox"/> په خطرونو پوهېږي او ډېر وخت د خطر پر کمښت عملاً کار کوي. | <input type="checkbox"/> په دې اړه لږ پوهه لري او په خطرناکو کړنو کې ښکېل دی. ویروسي بار کشفونکی. د ملگري خدماتو ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> په مکرره توګه په خطرناکو کړنو کې ښکېل دی. د ویروس مخه نه ده نیول شوې. د HIV د انتقال لوړ خطر. د ملگري خدماتو ته اړتیا لري. |
| درمل تعقیبول د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> د درملو دوامداره تعقیب د نه تشخیصېدونکي وایرس په بارکېډلو کې منعکس شوی دی. | <input type="checkbox"/> کله ناکله د ویروس د دوامداره فشار سره ډوزونه (درملې خوراګونه) له لاسه ورکوي. | <input type="checkbox"/> ډېر وخت ډوزونه (د درملو خوراک) له لاسه ورکوي او د 200 کاپي/mL څخه اضافي ویروسي بار لري. د تعقیب مشورې ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> روزمره ډوزونه (د درملو خوراک) له لاسه ورکوي او د 200 کاپي/mL څخه اضافي ویروسي بار لري. د تعقیب مشورې ته اړتیا لري. |
| روغتیايي پوښښ د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> روغتیايي پوښښ لري. روغتیايي پاملرنې ته د لاسرسي وړتیا لري. | <input type="checkbox"/> په روغتیايي پوښښ کې شامل شوی دی مګر د دغه پوښښ د ساتلو لپاره مرستي ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> روغتیايي پوښښ لري مګر د ADAP ځانګړي کومک او CM مرستي ته اړتیا لري چې دا پوښښ وساتي. | <input type="checkbox"/> روغتیايي پوښښ نه لري. <input type="checkbox"/> د عمومي یا خصوصي روغتیايي پوښښ لپاره وړنه دی. <input type="checkbox"/> د روغتیايي پوښښ وړ دی مګر شامل شوی نه دی. |
| د غیر طبي قضیې مدیریت | | | | |
| اساسي اړتیاوي د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> غذا، کالي، او نور اساسي مواد چې د مراجعینو د خپلو شخصي وساتلو د لارې موجود دي. <input type="checkbox"/> د مرستي پروګرامونو ته روان لاسرسي لري چې اساسي اړتیاوي ثابتې وساتي. <input type="checkbox"/> په خپلواک ډول د ورځني ژوند د فعالیتونو د مخته وړلو وړتیا لري (ADL). | <input type="checkbox"/> اساسي ضرورتونه چې په منظم ډول د ځینو اړتیاوو سره د مرستي د لاسرسي خدمتونو د پروګرامونو سره برابرول. <input type="checkbox"/> نه شي کولای چې د بېرني مرستي پرته اساسي اړتیاوي په ورځني ډول پوره کړي. <input type="checkbox"/> په اوونیز شکل د ADL د ترسره کولو لپاره مرستي ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> د اساسي اړتیاوو لپاره په ورځني ډول د مرستو د لاسرسي مرستندویه پروګرامونو ته اړتیا لري. <input type="checkbox"/> په یواځې توګه و مرستندویه پروګرامونو ته په لاسرسي کې د مشکلاتو سابقه. <input type="checkbox"/> ډیرې وختونه د خوارو، پوښناک، یا نورو لومړنیو اړتیاوو پرته. <input type="checkbox"/> په ورځني ډول په کور کې د ADL مرستي اړتیاوي. | <input type="checkbox"/> غذا ته لاسرسي نه لري. <input type="checkbox"/> د لومړنیو اړتیاوو پرته. <input type="checkbox"/> د ډېرو ADL د ترسره کولو تواني نه لري. <input type="checkbox"/> د ADL سره د مرستي د ترلاسه کولو لپاره کور نه شته. |

| د ژوند ساحه & نتیجه | 0 نومري خاتي اداره. | 1 درجه اساسي غوښتنه | 2 درجه په متوسطه اندازه اړتيا | 3 درجه د لوړې کچې غوښتنې |
|-----------------------------------|--|---|--|---|
| اروایي روغتیا د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> د اروایي روغتیايي ستونزو سابقه نه لري. سپارښتنې ته اړتیا نشته. | <input type="checkbox"/> تېرې ستونزې او/یا د اوسنیو مشکلاتو/فشار راپورونه – کار کوي یا پخوا د اروایي روغتیا په پاملرنه کې داخلول. | <input type="checkbox"/> په ورځني کار کې ستونزه لري. ډېرې مرستې ته اړتیا لري. د اروایي روغتیا د پاملرنې لپاره سپارښتنې ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> ځان یا نورو ته خطر دی او بېرني مداخلې ته اړتیا لري. د اروایي روغتیا د پاملرنې لپاره سپارښتنې ته اړتیا لري. |
| د موادو استعمال د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> د موادو په استعمال کې ستونزې نشته. سپارښتنو ته اړتیا نشته. | <input type="checkbox"/> تېر مشکلات شته، خو اوس د بیا سمېدو په حال کې. د ورځني کار یا طبي پاملرنې پر وړتیا باندې تاثیر نه لري. | <input type="checkbox"/> د موادو اوسنی استعمال – غواړي چې مرسته ترلاسه کړي. د کار یا طبي پاملرنې پر وړتیا باندې تاثیر لري. | <input type="checkbox"/> د موادو اوسنی استعمال – نه غواړي چې مرسته ترلاسه کړي. نه شي کولای چې په ورځني ډول کار وکړي یا روغتیايي پاملرنې وساتي. |
| هستوګنه د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> په یو پاک، دانمي کور کې ژوند کوي. مرستې ته اړتیا نه لري. | <input type="checkbox"/> دانمي کور (مالي مرسته ورسره کېږي که نه). ځینې وخت د کور مرستو ته اړتیا لري (په کال کې >2 ځلي). | <input type="checkbox"/> موقتي کور (مالي مرسته ورسره کېږي که نه). پرله پسې سرغړونې او د ایستلو اخطارونه او د بي کوره کېدو سابقه. | <input type="checkbox"/> بي ثباته کور. اوس د کورڅخه د ایستلو یا بي کورۍ سره مخامخ دي. |
| ژبني او کلتوري خنډونه د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> ژبني/کلتوري خنډونه نشته. | <input type="checkbox"/> ځینې ژبني/کلتوري خنډونه پر روغتیايي پاملرنې یا خدماتو ته په لاسرسي کې زیات تاثیر نه لري. | <input type="checkbox"/> هغه ژبني او کلتوري خنډونه چې مراجعه کونکي د طبي پاملرنې یا خدماتو ته د لاسرسي څخه راګرځوي. | <input type="checkbox"/> ژبه/کلتوري خنډونه. مراجعه کونکي د ژباړې د خدماتو او CM مرستې پرته روغتیايي پاملرنې یا درملنې ته لاسرسي نه شي پیدا کولای. |
| ترانسپورت د شدت درجه: | <input type="checkbox"/> د ادارې ملاتړ له اړتیا پرته ترانسپورت ته دوامداره او باوري لاسرسي لري. | <input type="checkbox"/> ځینې وختونه په روغتیايي پاملرنه کې د پاتې کېدو لپاره د ترانسپورت مرستې ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> موټر یا بس ته لاسرسي لري خو د ترانسپورت په همېرغي او تادیه کولو کې د CM مرستې ته اړتیا لري. | <input type="checkbox"/> ترانسپورت ته محدود یا نه لاسرسي (ژبه، ادراکي وړتیا، رواني روغتیا) کومې چې د روغتیايي پاملرنې او خدماتو ته د لاسرسي په برخه کې اغیزه کوي. |
| مجموعي ټکي: | د هرې کرښې څخه ټول ټکي اضافه کړئ ترڅو ټول وټاکئ 0 ټکي: د ځان اداره کول 1-10 ټکي: د ساده قضیې ادارې اداره کول 11-20 ټکي: د منځنۍ کچې قضیې مدیریت 21-30 ټکي: د تشدیدي قضیې اداره کول | | | |
| یادونې: | | | | |

مشوره ورکول او راجع کول برابر شوي (د قضیې مدیرانو لپاره)

| | |
|--|---|
| د HIV روغتیايي پاملرنې ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی | په روغتیايي پوښښ کې د شمولیت خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی |
| د HIV د خطر کمولو مشوره ورکړل شوې <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی | د درملو د تعقیب مشوره ورکړل شوې <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی |
| د درملو ناوړه ګټه اخیستنې خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی | د رواني روغتیا خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی |
| عامه خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی | د هستوګنې خدماتو ته راجع کول <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> د اجرا وړ نه دی |
| نور مراجعات | |

د ND Ryan White Program Part B د مراجعه کونکو د مالوماتو خپرول

زه، _____، د ND Ryan White برنامې کارمندانو يا د دوی استازو ته واک ورکوم چې (که اړتيا وي) زما د قضيې او تشخيص په اړه د ذکر سوو وړاندي کونکو سره بحث وکړي تر څو هغه خدمات چې زه يې وړتيا لرم تر لاسه او وساتم:

| | |
|--|------------------------------|
| د قضيې مديران | مدافعين / مدافع وکیلان |
| سيميز مالي کارکونکي | د ND روغتيايي خدماتو نماينده |
| ډاکټر | د کلينیک کارمندان |
| د بيمې شموليت کې مرسته کونکي | د بيمې وړاندي کونکي |
| د طبي پاملرنې نور وړاندي کونکي | ټولنيز کارکونکي |
| (درمل جوړونکي، د غاښونو ډاکټر، او نور) | |

زه همدارنگه د ND Ryan White برنامې ته واک ورکوم چې د خصوصي بيمه کونکو او کار گمارونکو سره زما د روغتيا يا غاښونو بيمې په اړه وگوري. دا واک يواځې د وړتيا معلوماتو د نيټو او د بيمې د ورکړې د معلوماتو تر لاسه کولو د هدف لپاره دی تر څو د بيمې د ورکړې سره مرسته وکړي او مناسب روغتيايي پوښښ تضمين کړي.

دا اجازه ليک به زما د لاسليک نيټې څخه يو کال وروسته پای ته ورسېږي. زه ممکن هر وخت د ND Ryan White برنامې ته په ليکلي شکل دا واک لغوه کړم. که زه دا واک لغوه کړم، د ND Ryan White برنامې کارمندان او هغه اشخاص چې پورته په نښه شوي ممکن زما پر مالوماتو عمل وکړي چې د لغوه کيدو تر نيټې پورې خپاره شوي دي.

زه پوهېږم چې زما په اړه معلومات د ايالتې او فدرالي محرميت قوانينو لخوا خوندي شوي. زه پوهېږم چې دا معلومات زما له رضايتم پرته نه شي خپرېدای، پرته له هغو چې د قانون لخوا وړاندي شوي وي.

زه پوهېږم چې زه مجبور نه يم چې دغه اجازه ليک لاسليک کړم. که زه دا فورمه لاسليک نه کړم، کېدای شي هغه خدمات محدود يا کم شي چې ماته يې د وړانديز کېدو امکان شته. که زه دا فورمه لاسليک کړم، زه د تکميل شوي اجازه ليک د کاپي د تر لاسه کولو حق لرم.

| | |
|------------------------------|------|
| د مراجعه کونکي/سرپرست لاسليک | نيټه |
| د قضيې د مدير لاسليک | نيټه |

د ND Ryan White Program Part B تصديق

زه دا تصديق کوم چې زما د عايداتو، بيمې او مالي مرستو بيانیه يوه رښتيني او دقيقه بيانیه ده او هغه اړين شرايط چې پورته ذکر شوي دي پوره شوي او مستند شوي دي.

زه په خپلو حقونو او مسؤليتونو پوهېږم، چې په دې کې دا هم راځي چې په هرو 6 مياشتو کې د اړتيا وړ اسنادو بشپړول، په عايدو، د بيمې په وضعيت او د هستوگني په اړه د هر ډول بدلون په هکله به زما د قضيې مدير ته سمدستي راپور ورکوم.

زه پوهېږم چې د دوامداره وړتيا لپاره بايد هر کال د اپرېل د 30 نېټې مخکې بيا شموليت وکړم او د اکتوبر د 31 مخکې بايد بيا تصديق وکړم. که ددې کارونو په ترسره کولو کې پاتې راشم، نو زه به د ND Ryan White پروگرام له لارې د خدماتو د تر لاسه کولو څخه بې برخې شم.

| | |
|------------------------------|------|
| د مراجعه کونکي/سرپرست لاسليک | نيټه |
| د قضيې د مدير لاسليک | نيټه |