

Taarifa zifuatazo zinahitajika ili kutathmini upya ustahiki wako wa Mpango wa North Dakota Ryan White Sehemu ya B.

- Mapato:** Leta rekodi za kuonyesha mapato yako ya jumla (kabla ya kodi) ya wanafamilia wote (mfano, fomu ya kodi ya hivi majuzi zaidi, hati za mshahara, SSDI, SSI). Wateja wanaopokea usaidizi wa ada ya bima kwa bima binafsi ya Marketplace lazima watoe mapato kamili ya ushuru ya mwaka ambao walipokea usaidizi wa ada ya bima.
- Makazi:** Leta rekodi zinazoorodhesha anwani yako ya sasa (mfano, leseni ya dereva, stakabadhi za kodi ya nyumba, bili za huduma za umma).
- Bima ya Afya:** Leta nakala ya kadi ya bima (mbele na nyuma).
- Medicaid/Medicare:** Leta nakala ya kadi zako za Medicaid na Medicare (mbele na nyuma). Ikiwa ulituma ombi lakini ukanyimwa fidia ya Medicaid ndani ya miezi sita (6) iliyopita, tafadhali jumuisha nakala ya barua ya kunyimwa Medicaid.

Tafadhali kamilisha fomu hii kadri ya ufahamu wako na nyaraka zilizoorodheshwa umpe mhudumu wako wa jamii. Pia unaweza kutuma barua au faksi kwa:
Mpango wa Ryan White Sehemu ya B
North Dakota Department of Health
600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200
Kipepesi: 701-328-0338

Kwa maelezo zaidi, tafadhali piga simu 701-328-2378 au tembelea ndhealth.gov/hiv.

Eneo la Huduma za Jamii la Ryan White	Nambari ya Mteja wa ND Ryan White	Nambari ya Mteja wa ND ADAP
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

Taarifa za Anayetuma Ombi

Jina la Kwanza	Jina la Mwisho	Tarehe ya Kuzaliwa		
Anwani ya Barabara		Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo
Anwani ya Barua (ikiwa ni tofauti)		Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo
Nambari ya Simu ya Msingi	Nambari ya Simu Mbadala	Anwani ya Barua pepe		
Jina la Daktari	Kliniki	Famasia		
Jina la Mwasiliani wa Dharura	Nambri ya Simu	Uhusiano		
Hali ya Uraia <input type="checkbox"/> Raia <input type="checkbox"/> Taifa <input type="checkbox"/> Mkazi wa Kudumu <input type="checkbox"/> Viza ya Muda Mfupi <input type="checkbox"/> Haijarekodiwa				
Hali ya Ajira <input type="checkbox"/> Nina ajira ya kudumu <input type="checkbox"/> Nina ajira ya muda maalum <input type="checkbox"/> Nimejajiri <input type="checkbox"/> Sina ajira <input type="checkbox"/> Mwanafunzi <input type="checkbox"/> Mlemavu <input type="checkbox"/> Mstaafu				
Jina la Mwajiri				

Taarifa za Bima

Teua aina ya bima ya afya uliyo nayo kwa sasa na utoe nakala ya kadi ya bima (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:	<input type="checkbox"/> Ukichaguliwa, tafadhali kamilisha 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	

Uchunguzi na Uthibitisho wa Bima ya Afya

Tafadhali kamilisha sehemu hii ikiwa huna bima ya afya kwa sasa au umejiandikisha katika Bima ya Afya ya Marketplace inayolipwa na mpango wa Ryan White.

Mapato yangu ya miezi 12 iliyopita ni chini ya \$20,000.

Nilituma ombi la ND Medicaid miezi 6 iliyopita na nilinyimwa kutokana na:

Mapato Hali ya uraia/uhamiaji Nina ombi ambalo halijakamilika

Sijatuma ombi la ND Medicaid miezi 6 iliyopita.

Mapato yangu ya miezi 12 iliyopita ni juu ya \$20,000. Mimi, au wanafamilia wengine, wameajiriwa lakini:

Mwajiri wangu hatoi bima ya afya.

Hakuna mtu katika familia yangu anapewa bima ya afya kupitia ajira ambayo mimi ni mhusika anayestahiki.

Wanafamilia wote walioajiriwa lazima wamwambie mwajiri wao akamilishe [Employer Coverage Tool](#).

Ikiwa unastahiki na hujapata bima ya afya kupitia Medicaid, Medicare au Private Employer Based Plans, hutii sera za Ryan White Sehemu ya B kuhusu “payer of last resort.” Hali hii itakufanya kutostahiki Huduma Zinzafidiwa za Ryan White hadi upate bima inayofaa. Uzingatiaji utafanywa ili kutoa dawa na huduma kwa **kipindi cha hadi miezi mitatu** ili kufidia huduma hadi mipango ianze kufanya kazi

Ikiwa umetuma ombi na usistahiki Medicaid, Medicare au Private Employer Based Plans, lazima ujiandikishe katika mpango wa afya unaostahiki kupitia Health Insurance Marketplace na mpango ulioidhinishwa na Ryan White katika kipindi kijacho cha uandikishaji huru. Mpango wa Ryan White unaweza kulipa sehemu yako ya ada ya bima. Kukosa kujiandikisha katika mpango wa bima ya afya kipindi kijacho cha kujiandikisha kutasababisha **usimamishwaji wa mwaka mmoja** kutoka kwenye mpango wa Ryan White Sehemu ya B au hadi bima ya afya ipatikane.

_____ (tafadhali weka vifupisho vya jina) ninaelewa kuwa mpango wa Ryan White Sehemu ya B ni mlipaji wa tegemeo na huenda akalipa tu huduma wakati hakuna mlipaji mwingine. Hii inamaanisha kuwa ikiwa ninastahiki bima ya afya na niandikishe, Ryan White itasimamisha ustahiki wangu wa Ryan White Sehemu ya B hadi nipate bima inayofaa.

Kwa Wahudumu wa Jamii:

Mtumaji ombi huyu kwa sasa hastahiki bima yoyote ya afya na anastahili huduma za Ryan White.

Mtumaji ombi huyu anastahiki bima ya afya ya umma au ya binafsi na anapaswa kupokea kipindi cha miezi 3 cha bima ya RW kinachoisha mnamo: _____.

Mteja huyu hatii Sera za Ryan White na hastahili huduma za Ryan White.

Sahihi ya Mteja/Mlezi	Tarehe
Sahihi ya Mhudumu wa Jamii	Tarehe

Tathmini ya Mahitaji ya Msingi

Tafadhali teua sehemu ambazo unahitaji rufaa na usaidizi.	
<input type="checkbox"/> Nyumba/huduma za umma	<input type="checkbox"/> Hali ya uraia/uhamiaji
<input type="checkbox"/> Bili za hospitali	<input type="checkbox"/> Vizingiti vya lugha/utamaduni
<input type="checkbox"/> Chakula na mavazi	<input type="checkbox"/> Masuala ya kisheria/kufungwa jela
<input type="checkbox"/> Kulipa bili/udhibiti wa pesa	<input type="checkbox"/> Kupata/kudumisha kazi
Nyingine	

Kuwakwa Chini ya Huduma na Tathmini ya Hatari ya VVU

Je, ziara yako ya mwisho kwa mtoa huduma wako wa VVU ilikuwa lini?	
<input type="checkbox"/> Ndani ya miezi 6 iliyopita <input type="checkbox"/> Ndani ya miezi 12 iliyopita <input type="checkbox"/> Muda mrefu zaidi ya miezi 12	
Je, umekandamiza virusi kwa sasa?	Je, idadi yako ya CD4 ni juu ya seli/mL 200?
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Sijui	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Sijui
Je, ni dawa gani za VVU unazotumia kwa sasa?	Je, umekosa dozi yoyote miezi 12 iliyopita?
	<input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Ndiyo, eleza:
Je, umefanya mapenzi bila kinga, wapenzi wengi au wasiojulikana, umeshiriki sindano na yeyote miezi 12 iliyopita?	
<input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Kataa kujibu <input type="checkbox"/> Ndiyo, tafadhali eleza:	

Uchunguzi Unaopendekezwa kwa Watu Wanaoishi na VVU

Je, umepatikana na kaswende miezi 12 iliyopita?	Tarehe ya kupimwa	Matokeo ya vipimo
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Sishiriki tendo la ndoa		
Je, umepatikana na chlamydia na kisonono miezi 12 iliyopita?	Tarehe ya kupimwa	Matokeo ya vipimo
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Sishiriki tendo la ndoa		
Je, wewe ni mjamzito kwa sasa?	Ikiwa ndiyo, unapata huduma ya afya wakati wa ujauzito?	Tarehe ya kujifungua iliyokadiriwa
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	

Tathmini ya Matumizi ya Mihadarati na Afya ya Akili

Je, unatumia tumbaku?	Je, ungependa kuacha kutumia wakati huu?	Je, wewe ni mwathiriwa wa uvutaji wa mtu mwingine?
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Mtumiaji wa Zamani	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Je, unatumia vibaya dawa au pombe kwa sasa?	Ikiwa ndiyo, tia tiki zote zinazohusika	
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Matumizi ya zamani	<input type="checkbox"/> Pombe <input type="checkbox"/> Barabara <input type="checkbox"/> Maagizo ya Dawa <input type="checkbox"/> Kudunga Sindano	
Je, ungependa rufaa?		
<input type="checkbox"/> Ushauri wa Matumizi ya Mihadarati <input type="checkbox"/> Huduma za Sirinji <input type="checkbox"/> Kuacha Kutumia Tumbaku <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki		
Maoni		
Je, una matatizo ya afya ya akili?	Maoni	
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Mtumiaji wa Zamani		
Je, una historia ya kiwewe maishani wako?	Je, una matatizo ya dhuluma za kimwili au hisia?	
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana, ninahisi salama	
Je, unapokea ushauri/tiba?	Je, ungependa kupata usaidizi?	
<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	

Kujazwa na Mhudumu wa Jamii – Mizani ya Ukubwa

Sehemu ya Maisha Na Alama	Pointi 0 Kudhibiti Mwenyewe	Pointi 1 Hitaji la Msingi	Pointi 2 Hitaji la Kati	Pointi 3 Hitaji la Juu
Huduma za Matibabu				
Uunganishaji na Uzuiaji katika Huduma ya Matibabu <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Mteja alihudhuria miadi yote ya matibabu ya VVU miezi 12 iliyopita.	<input type="checkbox"/> Mteja alikosa miadi moja miezi 12 iliyopita au ameratibu upya miadi mingi.	<input type="checkbox"/> Mteja alikosa zaidi ya miadi moja ya matibabu miezi 12 iliyopita.	<input type="checkbox"/> Hakuna maabara yaliyoripitiwa miezi 12 iliyopita. Mteja: <input type="checkbox"/> ametambuliwa ugonjwa hivi upya <input type="checkbox"/> ni mjamzito <input type="checkbox"/> ana upungufu wa kingamwili <input type="checkbox"/> aliondolewa kwenye kituo cha urekebishaji ndani ya siku 90 zilizopita <input type="checkbox"/> amelazwa/alilizwa au alitumia chumba cha dharura au huduma ya haraka siku 30 zilizopita
Kuelewa VVU na Tabia ya Hatari <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Anaelewa hatari na ana tabia ya kupunguza madhara na anawasiliana na wapenzi wa ngono kuhusu ngono salama (mfano, kutumia kondomu, PrEP, kupima)	<input type="checkbox"/> Anaelewa hatari na ana tabia ya kupunguza madhara mara kwa mara.	<input type="checkbox"/> Hana ufahamu mzuri na anashiriki katika tabia hatari. Kuweza kutambua idadi ya virusi. Anahitaji huduma za mpenzi.	<input type="checkbox"/> Mara nyingi hushiriki katika tabia hatari. Hajakandamiza virusi ifaavyo. Hatari ya juu ya usambazaji wa VVU. Anahitaji huduma za mpenzi.
Kutii dawa <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Kamilisha utii wa dawa unaoakisiwa katika idadi ya virusi isiyotambulika.	<input type="checkbox"/> Hukosa dozi mara mojamoya kwa ukandamizaji wa idadi ya virusi.	<input type="checkbox"/> Hukosa dozi mara kwa mara. Ana idadi ya virusi inayotambulika chini ya nakala/mL 200.	<input type="checkbox"/> Hukosa dozi kila siku na ana idadi ya virusi zaidi ya nakala/mL 200. Anahitaji kutii ushauri.
Bima ya Afya <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Ana bima ya afya. Anaweza kupata huduma ya matibabu.	<input type="checkbox"/> Amejiandikisha katika bima ya afya lakini anahitaji usaidizi wa kudumisha bima.	<input type="checkbox"/> Ana bima ya afya lakini anahitaji usaidizi wa malipo ya ADAP na usaidizi wa CM ili kudumisha bima.	<input type="checkbox"/> Hakuna bima ya afya. <input type="checkbox"/> Hastahiki bima ya umma wala ya binafsi. <input type="checkbox"/> Anastahiki lakini hajajiandikisha.
Huduma za Jamii Zisizo za Matibabu				
Mahitaji ya Msingi <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Chakula, mavazi na vitu vingine vya msingi vinavyopatikana kupitia njia binafsi za mteja. <input type="checkbox"/> Anaendelea kufikia mipango ya usaidizi inayodumisha mahitaji ya msingi mara kwa mara. <input type="checkbox"/> Anaweza kufanya shughuli za kila siku peke yake (ADL)	<input type="checkbox"/> Mahitaji ya msingi yanatimizwa kila mara na hitaji la mara mojamoya la usaidizi wa kufikia mipango ya msaada. <input type="checkbox"/> Ameshindwa kutimiza mahitaji ya msingi mara kwa mara bila usaidizi wa dharura. <input type="checkbox"/> Anahitaji usaidizi wa kufanya baadhi shughuli za kila siku kwa wiki.	<input type="checkbox"/> Anahitaji mara kwa mara usaidizi wa kufikia mipango ya msaada kwa ajili ya mahitaji ya msingi. <input type="checkbox"/> Historia ya matatizo ya kufikia mipango ya msaada binafsi. <input type="checkbox"/> Mara nyingi bila chakula, mavazi, au mahitaji mengine ya msingi. <input type="checkbox"/> Anahitaji usaidizi wa shughuli za kila siku nyumbani.	<input type="checkbox"/> Hapati chakula. <input type="checkbox"/> Bila mahitaji mengi ya msingi. <input type="checkbox"/> Ameshindwa kufanya shughuli nyingi za kila siku. <input type="checkbox"/> Hakuna nyumbani kwa kupokea usaidizi wa shughuli za kila siku.

Sehemu ya Maisha Na Alama	Pointi 0 Kudhibiti Mwenyewe	Pointi 1 Hitaji la Msingi	Pointi 2 Hitaji la Kati	Pointi 3 Hitaji la Juu
Afya ya Akili <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Hakuna historia ya matatizo ya afya ya akili. Hakuna haja ya rufaa.	<input type="checkbox"/> Matatizo ya zamani na/au huripoti matatizo/msongo wa mawazo wa sasa – anashughulika au tayari anashiriki katika huduma ya afya ya akili.	<input type="checkbox"/> Anatatizika katika utendaji wa kila siku. Anahitaji msaada mkubwa. Anahitaji rufaa kwenye huduma ya afya ya akili.	<input type="checkbox"/> Hatari kwake binafsi au wengine na anahitaji hatua ya haraka. Anahitaji rufaa kwenye huduma ya afya ya akili.
Matumizi ya Mihadarati <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Hakuna matatizo ya matumizi ya mihadarati. Hakuna rufaa zinazohitajika.	<input type="checkbox"/> Matatizo ya zamani lakini anapata nafuu kwa sasa. Hayaathiri uwezo wa kufanya shughuli kila siku wala kupata huduma ya matibabu.	<input type="checkbox"/> Matumizi ya sasa ya mihadarati – yuko tayari kutafuta usaidizi. Huathiri uwezo wa utendaji na kupata huduma ya matibabu.	<input type="checkbox"/> Matumizi ya sasa ya mihadarati – hayuko tayari kutafuta usaidizi. Ameshindwa kufanya shughuli za kila siku au kudumisha huduma ya matibabu.
Makazi <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Anaishi katika makazi safi na thabiti. Hahitaji usaidizi.	<input type="checkbox"/> Makazi thabiti (ya ruzuku au yasiyo ya ruzuku). Anahitaji usaidizi wa makazi mara mojawoja (<mar 2 kwa mwaka).	<input type="checkbox"/> Makazi ya muda mfupi (ya ruzuku au yasiyo ya ruzuku). Ukiukaji wa mara kwa mara na ilani za kufukuzwa na historia ya kukosa makao.	<input type="checkbox"/> Makazi yasiyo thabiti. Anakabiliwa na hali ya kufukuzwa au kukosa makao kwa sasa.
Vizingiti vya Lugha na Utamaduni <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Hakuna vizingiti vya lugha/utamaduni.	<input type="checkbox"/> Baadhi ya vizingiti vya lugha/utamaduni ambavyo haviathiri sana ufikiaji wa huduma za matibabu.	<input type="checkbox"/> Vizingiti vya lugha/utamaduni vinavyozuia mteja kufikia huduma za matibabu.	<input type="checkbox"/> Vizingiti vya lugha/utamaduni. Mteja ameshindwa kufikia huduma ya matibabu bila huduma za tafsiri na usaidizi wa CM.
Usafiri <i>Mizani ya Ukubwa:</i>	<input type="checkbox"/> Ana ufikiaji wa mara kwa mara na wa kuaminika wa usafiri bila kuhitaji msaada wa wakala.	<input type="checkbox"/> Huhitaji mara mojawoja usaidizi wa kukaa katika huduma ya matibabu.	<input type="checkbox"/> Ana gari dogo au pasi ya basi lakini anahitaji usaidizi wa CM kuratibu na kulipa usafiri.	<input type="checkbox"/> Ufikiaji mdogo au hakuna ufikiaji wa usafiri (lugha, uwezo wa kutambua, afya ya akili) hali inayoathiri ufikiaji wa huduma za matibabu.
Jumla ya Pointi:	Jumlisha pointi za jumla kutoka kila mstari ili kutambua jumla			
	Pointi 0: Kujidhibiti Pointi 11-20: Huduma za Jamii za Kati		Pointi 1-10: Huduma za Jamii za Msingi Pointi 21-30: Huduma za Jamii za Kina	
Madokezo:				

Ushauri na Rufaa Zinazotolewa (kwa wahudumu wa jamii)

Rufaa kwa huduma ya matibabu ya VVU <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	Rufaa kwa huduma za kujiandikisha kwa bima ya afya <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki
Ushauri wa kupunguza hatari ya VVU unatolewa <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	Ushauri wa kutii dawa unatolewa <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki
Rufaa kwa huduma za matumizi ya mihadarati <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	Rufaa kwa huduma za afya ya akili <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki
Rufaa kwa huduma za jamii <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki	Rufaa kwa huduma za makazi <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> Haihusiki
Rufaa nyingine	

Utoaji wa Taarifa za Mteja za Mpango wa ND Ryan White Sehemu ya B

Mimi, _____, ninaidhinisha wafanyakazi wa Mpango wa ND Ryan White au wakala wake kujadili kisa na ugonjwa wangu (ikiwa inahitajika) na watoa huduma walioorodheshwa ili kupata na kudumisha huduma ninayoweza kustahiki:

Wahudumu wa jamii	Mawakili
Mfanyakazi wa fedha wa kaunti	Mwakilishi wa ND Medicaid
Daktari	Mfanyakazi wa kliniki
Wasaidizi wa kujiandikisha katika bima	Watoa huduma wa bima
Watoa huduma wengine wa matibabu (mfamasia, daktari wa meno, n.k.)	Mfanyakazi wa jamii

Pia ninaidhinisha mpango wa ND Ryan White kuwasiliana na kampuni za bima na waajiri kuhusu bima ya afya au ya meno ninayoweza kuwa nayo. Idhini hii ni ya madhumuni ya kupata tarehe za taarifa za ustahiki na taarifa za ada ya bima ili kusaidia kwa ada za bima na kuhakikisha bima ya afya inayofaa.

Kibali hiki kitaisha muda mwaka mmoja kutoka tarehe ya sahihi yangu. Ninaweza kubatilisha idhini hii wakati wowote kwa kutuma barua kwenye mpango wa ND Ryan White. Nikibatilisha idhini, wafanyakazi wa mpango wa ND Ryan White na watu waliobainishwa hapo juu wanaweza kutumia taarifa zangu ambazo zimetolewa hadi tarehe ya ubatilishaji huo.

Ninaelewa kuwa taarifa kunihusu zinalindwa na sheria za faragha za jimbo na serikali kuu. Ninaelewa kuwa taarifa hizi hazizewezi kutolewa bila ya idhini yangu, isipokuwa kama ilivyobainishwa na sheria.

Ninaelewa kwamba si lazima nitie sahihi fomu hii ya idhini. Ninachagua kutotia sahihi fomu hii, inaweza kuzuia au kuwekea vikwazo huduma ninazoweza kupewa. Nikitia sahihi fomu hii, nina haki ya kupokea nakala ya idhini iliyokamilika.

Sahihi ya Mteja/Mlezi

Tarehe

Sahihi ya Mhudumu wa Jamii

Tarehe

Uthibitishaji wa Mpango wa ND Ryan White Sehemu ya B

Ninathibitisha kuwa tangazo la mapato, bima na usaidizi wangu mwingine wa kifedha ni taarifa ya kweli na sahihi na kwamba matakwa ya ustahiki kama yalivyoorodheshwa hapo juu yametimizwa na kurekodiwa.

Ninaelewa Haki na Majukumu yangu, ikiwemo kujaza nyaraka za ustahiki kila miezi 6 na kuripoti mabadiliko katika mapato, hali ya bima, au makazi kwa mhudumu wangu wa jamii moja kwa moja. Ninaelewa kuwa lazima **nijiandikishe upya kila mwaka kufikia tarehe 30 Aprili na kuthibitisha upya kufikia tarehe 31 Oktoba kwa ustahiki endelevu.** Nikishindwa kufanya hivyo, sitastahiki kupokea huduma kupitia Mpango wa ND Ryan White.

Sahihi ya Mteja/Mlezi

Tarehe

Sahihi ya Mhudumu wa Jamii

Tarehe