

الإفصاح عن بيانات برنامج الصحة ND Ryan White الجزء B
وزارة الصحة بداكوتا الشمالية
تقسيم الأمراض المنقولة جنسيا والأمراض المنقولة بالدم
مرجع 2021-07



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	مديرو الحالة
ممثل ND Medicaid	عامل المقاطعة المالي
فريق عمل العيادة	طبيب
مقدمو التأمين	مساعدو تسجيل التأمين
اختصاصي الخدمة الاجتماعية	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 علي 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 المُكتمل.

التاريخ	توقيع الولي/الوصي
التاريخ	توقيع مدير الحالة