

Ja, \_\_\_\_\_, dajem ovlaštenje osoblju Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti ili njihovim posrednicima da razgovaraju o mom slučaju i dijagnozi (ako je potrebno) s dobavljačima usluga da bi se dobile i održavale usluge za koje mogu ispuniti uslove:

menadžerima slučaja	zagovaračima
finansijskim radnikom okruga	predstavnikom Medicaid u Sjevernoj Dakoti
doktorom	kliničkim osobljem
pomagačima kod uključenja u osiguranje	dobavljačima osiguranja
ostalim dobavljačima usluga medicinske njege	socijalnim radnikom
(apotekarom, stomatologom, itd.)	

Takođe, dajem ovlaštenje osoblju Programa Ryan White da provjeri s privatnim osiguravačima i poslodavcima koje zdravstveno ili dentalno osiguranje mogu imati. Ovo ovlaštenje je isključivo u svrhu dobijanja datuma o ispunjavanju uslova za osiguranje i premijum informacija da bi pomoglo kod premija osiguranja i osiguralo odgovarajuće zdravstveno osiguranje.

**Ova dozvola ističe godinu dana od mog potpisa.** Ovo ovlaštenje mogu povući bilo kada preko pismenog dopisa za Program Ryan White u Sjevernoj Dakoti. Ako povučem ovo ovlaštenje, osoblje Programa Ryan White u Sjevernoj Dakoti te osobe navedene gore mogu djelovati na osnovu mojih informacija koje su objavljene do datuma povlačenja ovlaštenja.

Razumijem da su ove informacije o meni zaštićene zakonima savezne države i federalnim zakonima o zaštiti privatnosti. Razumijem da ove informacije ne mogu biti objavljene bez moje saglasnosti, osim kako je dato zakonom.

Razumijem da ne moram potpisati ovaj obrazac ovlaštenja. Ako odaberem nepotpisivanje ovog obrasca, to može ograničiti ili umanjiti usluge koje su mi ponuđene. Ako potpišem ovaj obrazac, imam pravo da dobijem kopiju popunjenog ovlaštenja.

Potpis klijenta/staratelja

Datum

Potpis menadžera slučaja

Datum