

Je, _____, autorise le personnel du programme ND Ryan White ou leurs agents à discuter de mon cas et de mon diagnostic (si nécessaire) avec les prestataires répertoriés pour obtenir et maintenir les services auxquels je peux prétendre :

Gestionnaires de cas	Avocats
Agent financier départemental	Représentant ND Medicaid
Médecin	Personnel de la clinique
Les assistants d'inscription à l'assurance	Prestataires d'assurance
Autres prestataires de soins médicaux (Pharmacien, dentiste, etc.)	Assistante sociale

J'autorise également le programme ND Ryan White à vérifier auprès des assureurs privés et des employeurs au sujet de l'assurance maladie ou dentaire que je pourrais avoir. Cette autorisation a pour seul but d'obtenir les dates d'admissibilité et les informations sur les primes afin de faciliter des primes d'assurance et d'assurer une couverture de santé appropriée.

Cette autorisation expirera un an après la date de ma signature. Je peux révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant au programme ND Ryan White. Si je révoque cette autorisation, le personnel du programme ND Ryan White et les personnes indiquées ci-dessus peuvent donner suite à mes informations qui ont été divulguées jusqu'à la date de cette révocation.

Je comprends que les informations me concernant sont protégées par les lois nationales et fédérales sur la confidentialité. Je comprends que ces informations ne peuvent être divulguées sans mon accord, sauf dans les cas prévus par la loi.

Je comprends que je ne suis pas obligé de signer ce formulaire d'autorisation. Si je choisis de ne pas signer ce formulaire, cela peut limiter ou restreindre les services qui peuvent m'être offerts. Si je signe ce formulaire, j'ai le droit de recevoir une copie de l'autorisation dûment remplie.

Signature du client/tuteur

Date

Signature du gestionnaire de cas

Date