

म, _____, एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम कर्मचारी वा उनीहरुका एजेन्टहरुलाई मेरो केस र निदान (यदि आवश्यक भए) लाई सूचीबद्ध प्रदायकहरुसँग सेवाहरु प्राप्त गर्न र राख्नको लागि म योग्य हुन सक्छु भन्ने मामला छलफल गर्नको लागि अधिकृत गर्दछु:

केस प्रबन्धकहरु	अधिवक्ताहरु
काउन्टी वित्तीय कार्यकर्ता	एनडी चिकित्सा सहायता प्रतिनिधि
चिकित्सक	क्लिनिकको कर्मचारी
बीमा नामांकन सहयोगीहरु	बीमा प्रदायकहरु
अन्य चिकित्सा सेवा प्रदायकहरु	सामाजिक कार्यकर्ता
(फार्मासिस्ट, दन्त चिकित्सक, आदि)	

मँ एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमलाई मेरो निजी बीमाकर्ताहरु र स्वास्थ्य वा दन्त बीमाको बारेमा पनि नियोक्ताहरुसँग जाँच गर्नको लागि अधिकृत गर्दछु। यो प्राधिकरण बीमा प्रीमियमसँग सहयोग र उचित स्वास्थ्य कवरेज सुनिश्चित गर्नको लागि योग्यता जानकारी मिति र प्रीमियम जानकारी प्राप्त गर्ने एकमात्र उद्देश्यको लागि हो।

यो अनुमति मेरो हस्ताक्षरको मितिबाट एक बर्षमा समाप्त हुनेछ। म एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रमलाई लेखेर कुनै पनि समय यो प्राधिकरण रद्द गर्न सक्छु। यदि मैले यो प्राधिकरण खारेज गरे भने, एनडी रायन व्हाइट कार्यक्रम स्टाफ र माथि उल्लेखित व्यक्तिहरु त्यो खारेजको मितिसम्म प्रकाशन गरीएको मेरो जानकारीमा कार्य गर्न सक्छन्।

म बुझ्छु कि मेरो जानकारी राज्य र संघीय गोपनीयता कानूनहरुद्वारा सुरक्षित छ। म बुझ्छु कि कानूनद्वारा प्रदान गरीएको बाहेक, यो जानकारी मेरो सहमति बिना प्रकाशन हुन सकिदैन।

म बुझ्छु कि मैले यो प्राधिकरण फारममा हस्ताक्षर गर्नु पर्दैन। यदि मैले यो फारममा हस्ताक्षर नगर्ने छनौट गरे भने, यसले मलाई प्रदान गर्न सकिने सेवाहरुलाई सीमित वा घटाउन सक्छ। यदि म यो फारममा हस्ताक्षर गर्छु, मसँग पुरा भएको प्राधिकरणको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार छ।

ग्राहक/अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

केस म्यानेजरको हस्ताक्षर

मिति