

د ND RYAN WHITE PART B برنامې روغتيايي معلوماتو خپرول

د شمالي ډکوتا د روغتيا څانگه  
د جنسي لېږد او د وينې د ناروغيو برخه  
Rev. 07-2021



زه، \_\_\_\_\_، د ND Ryan White برنامې کارمندانو يا د دوی استازو ته واک ورکوم چې (که اړتيا وي) زما د قضيي او تشخيص په اړه د ذکر سوو وړاندي کونکو سره بحث وکړي تر څو هغه خدمات چې زه يې وړتيا لرم ترلاسه او وساتم:

مدافعين / مدافع وکیلان	د قضيي مديران
د ND روغتيايي خدماتو نماينده	سيميز مالي کارکوونکی
د کلينیک کارمندان	ډاکټر
د بيمې وړاندي کونکي	د بيمې شموليت کې مرسته کونکي
ټولنيز کارکوونکی	د طبي پاملرنې نور وړاندي کونکي
	(درمل جوړونکی، د غاښونو ډاکټر، او نور)

زه همدارنگه د ND Ryan White برنامې ته واک ورکوم چې د خصوصي بيمه کونکو او کارگمارونکو سره زما د روغتيا يا غاښونو بيمې په اړه وگوري. دا واک يواځې د وړتيا معلوماتو د نيټو او د بيمې د ورکړې د معلوماتو ترلاسه کولو د هدف لپاره دی ترڅو د بيمې د ورکړې سره مرسته وکړي او مناسب روغتيايي پوښښ تضمين کړي.

دا اجازه ليک به زما د لاسليک نيټې څخه يو کال وروسته پای ته ورسېږي. زه ممکن هر وخت د ND Ryan White برنامې ته په ليکلي شکل دا واک لغوه کړم. که زه دا واک لغوه کړم، د ND Ryan White برنامې کارمندان او هغه اشخاص چې پورته په نښه شوي ممکن زما پر مالوماتو عمل وکړي چې د لغوه کېدو تر نيټې پورې خپاره شوي دي.

زه پوهېږم چې زما په اړه معلومات د ايالتي او فدرالي محرميت قوانينو لخوا خوندي شوي. زه پوهېږم چې دا معلومات زما له رضاييت پرته نه شي خپرېدای، پرته له هغو چې د قانون لخوا وړاندي شوي وي.

زه پوهېږم چې زه مجبور نه يم چې دغه اجازه ليک لاسليک کړم. که زه دا فورمه لاسليک نه کړم، کېدای شي هغه خدمات محدود يا کم شي چې ماته يې د وړانديز کېدو امکان شته. که زه دا فورمه لاسليک کړم، زه د تکميل شوي اجازه ليک د کاپي د ترلاسه کولو حق لرم.

د مراجعہ کونکي/سرپرست لاسليک	نيټه
د قضيي د مدير لاسليک	نيټه