

Mimi, \_\_\_\_\_, ninaidhinisha wafanyakazi wa Mpango wa ND Ryan White au wakala wake kujadili kisa na ugonjwa wangu (ikiwa inahitajika) na watoa huduma walioorodheshwa ili kupata na kudumisha huduma ninayoweza kustahiki:

Wahudumu wa jamii	Mawakili
Mfanyakazi wa fedha wa kaunti	Mwakilishi wa ND Medicaid
Daktari	Mfanyakazi wa kliniki
Wasaidizi wa kujiandikisha katika bima	Watoa huduma wa bima
Watoa huduma wengine wa matibabu (mfamasia, daktari wa meno, n.k.)	Mfanyakazi wa jamii

Pia ninaidhinisha mpango wa ND Ryan White kuwasiliana na kampuni za bima na waajiri kuhusu bima ya afya au ya meno ninayoweza kuwa nayo. Idhini hii ni ya madhumuni ya kupata tarehe za taarifa za ustahiki na taarifa za ada ya bima ili kusaidia kwa ada za bima na kuhakikisha bima ya afya inayofaa.

**Kibali hiki kitaisha muda mwaka mmoja kutoka tarehe ya sahihi yangu.** Ninaweza kubatilisha idhini hii wakati wowote kwa kutuma barua kwenye mpango wa ND Ryan White. Nikibatilisha idhini, wafanyakazi wa mpango wa ND Ryan White na watu waliobainishwa hapo juu wanaweza kutumia taarifa zangu ambazo zimetolewa hadi tarehe ya ubatilishaji huo.

Ninaelewa kuwa taarifa kunihusu zinalindwa na sheria za faragha za jimbo na serikali kuu. Ninaelewa kuwa taarifa hizi haziwezi kutolewa bila ya idhini yangu, isipokuwa kama ilivyobainishwa na sheria.

Ninaelewa kwamba si lazima nitie sahihi fomu hii ya idhini. Ninachagua kutotia sahihi fomu hii, inaweza kuzuia au kuwekea vikwazo huduma ninazoweza kupewa. Nikitia sahihi fomu hii, nina haki ya kupokea nakala ya idhini iliyokamilika.

Sahihi ya Mteja/Mlezi

Tarehe

Sahihi ya Mhudumu wa Jamii

Tarehe