

DEMANDE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME ND RYAN WHITE PARTIE B
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ DU DAKOTA DU NORD
DIVISION DES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG
 SFN 54191 (Rév. 07-2021)

Les informations suivantes sont nécessaires pour évaluer votre éligibilité au programme du Dakota du Nord Ryan White Part B.

- Identité/âge** : Apportez des documents prouvant votre identité et votre âge (par exemple, permis de conduire).
- Revenu** : Apportez des documents pour montrer votre revenu brut (avant impôts) pour tous les membres du ménage (par exemple, le formulaire fiscal le plus récent, les talons de salaire, SSDI, SSI).
- Résidence** : Apportez des documents indiquant où vous habitez (permis de conduire, quittances de loyer, factures de services publics). Vous devez être en mesure de fournir une pièce d'identité d'État dans les 60 jours suivant la demande.
- Assurance maladie** : Apportez une copie de la carte d'assurance (recto et verso).
- Medicaid/Medicare** : Apportez une copie de vos cartes Medicaid et Medicare (recto et verso).

Veillez remplir ce formulaire au mieux de vos connaissances et fournir la documentation répertoriée au gestionnaire de cas local Ryan White. Vous pouvez également faxer au **701-328-0338** ou envoyer un courrier à **Ryan White Part B Program; 600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200**. Pour plus d'informations, veuillez appeler le 701-328-2378 ou visiter ndhealth.gov/hiv.

Information sur le demandeur

Site Web de gestion de cas Ryan White		Numéro de client ND Ryan White		Numéro de client ND ADAP	
Prénom		Nom de famille		Numéro de sécurité sociale	
Rue			Ville	État	Code postal
Adresse postale (si elle diffère)			Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone principal		Numéro de téléphone secondaire		Adresse courriel	
Date de Naissance		Pays de naissance		Langue principale	
Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transgenre M à F <input type="checkbox"/> Transgenre F à M <input type="checkbox"/> Autre :				Orientation sexuelle	
Ethnie (cochez toutes les mentions appropriées) <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-américain Insulaire <input type="checkbox"/> du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc				Hispanique ou latino-américaine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du contact d'urgence		Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence		Rapport	
Nom du médecin		Clinique		Pharmacie	
Date du diagnostic initial (mois/année)			Ville/État ou pays (si hors des États-Unis) de diagnostic		
Catégorie de risque (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)					
<input type="checkbox"/> Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)		<input type="checkbox"/> Contact hétérosexuel		<input type="checkbox"/> Usage de drogues par injection (UDI)	
<input type="checkbox"/> Hémophilie/troubles de la coagulation		<input type="checkbox"/> Périnatal (de la mère à l'enfant)		<input type="checkbox"/> Greffe d'organe ou transfusion sanguine	
<input type="checkbox"/> Exposition liée au travail		<input type="checkbox"/> Indéterminé (inconnu)			
Statut de citoyenneté <input type="checkbox"/> Citoyen <input type="checkbox"/> National Résident Permanent <input type="checkbox"/> Visa Temporaire <input type="checkbox"/> Sans papiers					
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Employé à temps plein <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> autonome Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant					
Nom de l'employeur					

Information relative à l'assurance

Sélectionnez le type de couverture santé que vous avez actuellement et fournissez une copie de la carte d'assurance (recto et verso).					
Assurance privée	Medicaid	Medicare	Autre	<input type="checkbox"/> Marché de l'assurance payée par le programme Ryan White	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de couverture santé depuis le (date) :
<input type="checkbox"/> Par l'employeur <input type="checkbox"/> Un particulier <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins oculaires <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Traditionnel <input type="checkbox"/> Expansion <input type="checkbox"/> Doublement éligible (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> Partie A/B <input type="checkbox"/> Partie D (couverture des médicaments)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Indian Health Service (USA) <input type="checkbox"/> Autres :	Si vous êtes sélectionné, veuillez remplir le formulaire de dépistage et d'attestation de la couverture santé	
Nom du fournisseur d'assurance (par exemple BCBS)		ID du membre		Date d'entrée en vigueur de la police	
Nom du fournisseur d'assurance (par exemple BCBS)		ID du membre		Date d'entrée en vigueur de la police	

Dépistage de la couverture santé et attestation

Veillez remplir cette section si vous n'avez actuellement aucune couverture santé ou si vous êtes inscrit à l'assurance santé du marché payée par le programme Ryan White.

Mon revenu des 12 derniers mois est inférieur à 20 000 \$.

J'ai fait une demande de ND Medicaid au cours des 6 derniers mois et j'ai été refusé en raison de :

Revenu Citoyenneté/statut d'immigration Demande incomplète

Je n'ai pas fait de demande de ND Medicaid au cours des 6 derniers mois.

Mon revenu des 12 derniers mois est supérieur à 20 000 \$. Moi-même, ou d'autres membres de mon ménage, sommes employés mais :

Mon employeur ne propose pas d'assurance santé.

Personne dans mon ménage ne se voit proposer une assurance maladie dans le cadre d'un emploi pour lequel je suis éligible.

Tous les membres du ménage ayant des emplois doivent demander à leur(s) employeur(s) de remplir l' [Outil de couverture des employeurs](#).

Si vous êtes éligible et n'avez pas obtenu une couverture santé par le biais de Medicaid, Medicare ou des régimes privés d'employeur, vous n'êtes pas en conformité avec les politiques de Ryan White Part B concernant le « payeur de dernier recours ». Cela vous rendra inéligible aux Services couverts Ryan White jusqu'à ce que la couverture appropriée soit obtenue. Il sera envisagé de fournir des médicaments et des services pendant une **période pouvant aller jusqu'à trois mois** pour couvrir les services jusqu'à ce que les plans deviennent actifs

Si vous avez demandé et n'êtes pas éligible pour les plans Medicaid, Medicare ou d'assurances privées parrainées par l'employeur, vous devez vous inscrire à un plan de santé qualifié via le marché de l'assurance santé avec un plan approuvé par Ryan White au cours de la prochaine période d'inscription ouverte. Le programme Ryan White peut payer votre part de la prime d'assurance. Le défaut de s'inscrire à un régime d'assurance santé au cours de la prochaine période d'inscription disponible entraînera une **suspension d'un an** du programme Ryan White Part B ou jusqu'à ce que la couverture d'assurance santé soit obtenue.

_____ (veuillez parapher) **Je comprends que le programme Ryan White Part B est un payeur de dernier recours et ne peut couvrir les services que lorsqu'il n'y a pas d'autre payeur disponible. Cela signifie que si je suis éligible à la couverture santé et que je ne m'inscris pas, Ryan White suspendra mon éligibilité à la partie B de Ryan White jusqu'à ce que j'obtienne une couverture appropriée.**

Pour les gestionnaires de cas :

Ce demandeur n'est actuellement éligible à aucune couverture santé et est éligible aux services Ryan White.

Il s'agit d'un demandeur éligible à une couverture santé publique ou privée et devrait bénéficier d'une période de 3 mois de couverture RW se terminant le : _____.

Ce client n'est pas en conformité avec les politiques de Ryan White et n'est pas admissible aux services de Ryan White.

Signature du client/tuteur	Date
Signature du gestionnaire de cas	Date

Caractéristiques du ménage

Type de logement (veuillez en sélectionner un)	
<input type="checkbox"/> Logement permanent (appartement, maison, pension) <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Temporaire (logement de transition pour sans-abri, séjour chez des amis ou en famille) <input type="checkbox"/> Instable (abri d'urgence, prison, véhicule, rues, hôtel ou motel payé par le financement d'urgence)	
Bénéficiez-vous d'une aide au logement (HOPWA, logement social, Section 8) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, veuillez faire une description :	
Décrire le mode de vie actuel (stabilité, sécurité, rentabilité)	Coût / mois
Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la situation de logement la plus instable que vous ayez vécue ? <input type="checkbox"/> Logement sans abri ou précaire <input type="checkbox"/> Logement temporaire <input type="checkbox"/> Logement stable ou permanent	

Taille du ménage et Revenu

État civil				
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparation de corps <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autres :				
Dressez la liste de tous les membres de la famille qui vivent avec vous (conjoint légal, enfants biologiques/adoptés/beau-fils) et toute personne que vous déclarez être une personne à charge de vos impôts. Indiquez leurs revenus, le cas échéant. Joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire.				
Prénom	Rapport	Date de Naissance	Type de revenu	Revenu brut mensuel (avant impôts)
	(Soi-même)			
Taille du ménage		Revenu mensuel total du ménage		
Niveau de pauvreté fédéral des ménages (à remplir par le gestionnaire de cas)				

Attestation sur l'honneur non revenus

Si vous n'avez actuellement aucun revenu, veuillez remplir les informations suivantes. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas déclaré d'impôt sur le revenu en 20____. Cette déclaration est vraie à ma connaissance. <input type="checkbox"/> Je n'ai actuellement aucun revenu et n'ai pas reçu de revenu depuis :
Veuillez expliquer comment vos frais de subsistance sont couverts si vous ne déclarez aucun revenu actuel.

Évaluation des services de Ryan White

Veuillez sélectionner les services ND Ryan White et les remboursements de services dont vous avez besoin :	
<input type="checkbox"/> Gestion des cas <input type="checkbox"/> Soins médicaux ambulatoires du VIH <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Aide financière au logement ou au paiement des arriérés aux services publics <input type="checkbox"/> Groupe de soutien au VIH	<input type="checkbox"/> Médicaments (ADAP) <input type="checkbox"/> Primes d'assurance (ADAP) <input type="checkbox"/> Soins oculaires <input type="checkbox"/> Suppléments nutritionnels <input type="checkbox"/> Transport
Autre	

Évaluation des besoins de base

Veuillez sélectionner les domaines où vous avez besoin de références et d'assistance.	
<input type="checkbox"/> Logement, équipements collectifs	<input type="checkbox"/> Citoyenneté/ statut d'immigration
<input type="checkbox"/> Factures médicales	<input type="checkbox"/> Langue et obstacles culturels
<input type="checkbox"/> Alimentation et habillement	<input type="checkbox"/> Questions juridiques/relatives à l'incarcération
<input type="checkbox"/> Paiement des factures/Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/> Trouver/garder un emploi
Autre	

Maintien dans le soins de santé et évaluation du risque de VIH

À quand remonte votre dernière visite avec votre prestataire VIH ?	
<input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois	
Êtes-vous actuellement viralemment supprimé ?	Votre compte de CD4 est-il supérieur à 200 cellules/mL ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Quels médicaments anti-VIH prenez-vous actuellement ?	Avez-vous oublié des doses au cours des 12 derniers mois ?
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, décrivez :
Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés, des partenaires sexuels multiples ou anonymes, ou partagé des seringues avec quelqu'un au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de répondre <input type="checkbox"/> Oui, veuillez décrire :	

Dépistages recommandés pour les personnes vivant avec le VIH

Avez-vous été testé pour la syphilis au cours des 12 derniers mois ?	Date de test	Résultat du test
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non sexuellement actif		
Avez-vous subi un test de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée au cours des 12 derniers mois ?	Date de test	Résultats du test
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non sexuellement actif		
Êtes-vous actuellement enceinte ?	Si oui, recevez-vous des soins prénatals ?	Date de livraison prévue
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Évaluation de la consommation de substances et de la santé mentale

Êtes-vous un consommateur de tabac ?	Êtes-vous intéressé à arrêter en ce moment ?	Êtes-vous exposé à la fumée secondaire ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ancien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faites-vous actuellement un abus de drogues ou d'alcool ?	Si oui, cochez toutes les réponses qui s'appliquent	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ancien	<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Rue <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Injection	
Souhaitez-vous une référence ?		
<input type="checkbox"/> Séances de counseling en toxicomanie <input type="checkbox"/> Services de seringues <input type="checkbox"/> Arrêt de l'usage de tabac <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet		
Observations		
Avez-vous des problèmes de santé mentale ?	Observations	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ancien		
Avez-vous des antécédents de traumatisme dans votre vie ?	Avez-vous des problèmes de violence physique ou psychologique ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, je me sens en sécurité	
Recevez-vous des conseils/un traitement ?	Êtes-vous intéressé à obtenir de l'aide ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	

À remplir par le gestionnaire de cas – Échelle d'acuité

Zone de vie & But	0 points Auto-gestion.	1 point Besoin fondamental	2 points Besoin modéré	3 points Besoin élevé
Gestion des cas médicaux				
Lien et maintien dans les soins médicaux <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Le client a assisté à tous les rendez-vous médicaux liés au VIH au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Le client a manqué un rendez-vous au cours des 12 derniers mois ou a reporté plusieurs rendez-vous.	<input type="checkbox"/> Le client a manqué plus d'un rendez-vous médical au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Aucun laboratoire signalé au cours des 12 derniers mois. Le client est : <input type="checkbox"/> Cas récemment diagnostiqué <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Personnes immunodéprimées <input type="checkbox"/> Libéré d'un établissement correctionnel au cours des 90 derniers jours <input type="checkbox"/> Est/a été hospitalisé ou a utilisé des urgences ou des soins d'urgence au cours des 30 derniers jours
Compréhension du VIH et des comportements à risque <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Comprend les risques et pratique un comportement de réduction des méfaits et communique avec ses partenaires sexuels au sujet des rapports sexuels protégés (par exemple, utilisation du préservatif, PrEP, tests)	<input type="checkbox"/> Comprend les risques et pratique la réduction des méfaits la plupart du temps.	<input type="checkbox"/> A de faibles connaissances et s'engage dans des comportements à risque. Charge virale détectable. Besoin de services partenaires.	<input type="checkbox"/> Adopte fréquemment des comportements à risque. Avec suppression de la charge virale. Risque élevé de transmission du VIH. Besoin de services partenaires.
Adhésion aux médicaments <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> L'adhésion complète au traitement se reflète dans la charge virale indétectable.	<input type="checkbox"/> Omission de doses occasionnellement avec suppression continue de la charge virale.	<input type="checkbox"/> Oublie fréquemment les doses. A une charge virale détectable inférieure à 200 copies/mL.	<input type="checkbox"/> Oublie des doses quotidiennement et a une charge virale de plus de 200 copies/mL. Besoin de séances de consultation.
Couverture santé <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Dispose d'une couverture santé. Capable d'accéder aux soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Affilié à une couverture santé mais nécessite un soutien pour maintenir la couverture.	<input type="checkbox"/> Dispose d'une couverture santé, mais nécessite une assistance premium ADAP et une assistance CM pour maintenir la couverture.	<input type="checkbox"/> Pas d'une couverture santé. <input type="checkbox"/> Non admissible à une couverture publique ou privée. <input type="checkbox"/> Éligible mais non inscrit.
Pas de gestion des cas médicaux				
Besoins essentiels <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Nourriture, vêtements et autres articles de base disponibles par les propres moyens du client. <input type="checkbox"/> A un accès continu à des programmes d'assistance qui maintiennent les besoins de base de manière cohérente. <input type="checkbox"/> Capable d'effectuer des activités de la vie quotidienne de façon autonome (AVQ)	<input type="checkbox"/> Besoins de base comblés de façon régulière avec besoin occasionnel d'aide pour accéder aux programmes d'aide. <input type="checkbox"/> Incapable de répondre régulièrement aux besoins de base sans aide d'urgence. <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour effectuer des AVQ hebdomadaires.	<input type="checkbox"/> A régulièrement besoin d'aide pour accéder aux programmes d'assistance pour les besoins de base. <input type="checkbox"/> Antécédents de difficultés à accéder tout seul aux programmes d'aide. <input type="checkbox"/> Souvent sans nourriture, vêtements ou autres besoins de base. <input type="checkbox"/> A besoin d'une assistance AVQ à domicile quotidiennement.	<input type="checkbox"/> Non accès à l'alimentation. <input type="checkbox"/> Sans les besoins les plus élémentaires. <input type="checkbox"/> Impossible d'accomplir la plupart des AVQ. <input type="checkbox"/> Pas de domicile pour recevoir de l'aide avec AVQ.

Zone de vie & But	0 points Auto-gestion.	1 point Besoin fondamental	2 points Besoin modéré	3 points Besoin élevé
Santé mentale <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Aucun antécédent de problèmes de santé mentale. Pas besoin de référence.	<input type="checkbox"/> Problèmes passés et/ou signale des difficultés/tension actuels – fonctionne ou est déjà engagé dans des soins de santé mentale.	<input type="checkbox"/> Avoir des problèmes de fonctionnement quotidien. Nécessite un soutien important. A besoin d'être orienté vers des soins de santé mentale.	<input type="checkbox"/> Danger pour soi ou pour les autres et nécessite une intervention immédiate. A besoin d'être orienté vers des soins de santé mentale.
Consommation de substances <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Aucune difficulté avec la consommation de substances. Aucune référence nécessaire.	<input type="checkbox"/> Problèmes passés mais actuellement en convalescence. N'affecte pas la capacité de fonctionner quotidiennement ou d'accéder à des soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Consommation actuelle de substances – prêt à demander de l'aide. A un impact sur la capacité de fonctionner et d'accéder aux soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Consommation actuelle de substances – refus de demander de l'aide. Incapable de fonctionner quotidiennement ou de maintenir des soins médicaux.
Logement <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Vivre dans un logement propre et stable. N'a pas besoin d'aide.	<input type="checkbox"/> Logement stable (subventionné ou non). A besoin occasionnellement d'une aide au logement (<2 fois par an).	<input type="checkbox"/> Logement temporaire (subventionné ou non). Violations fréquentes et avis d'expulsion et antécédents d'itinérance.	<input type="checkbox"/> Logement instable. Actuellement confronté à l'expulsion ou à l'itinérance.
Barrières linguistiques et culturelles <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> Pas de barrières linguistiques et culturelles.	<input type="checkbox"/> Certaines barrières linguistiques/culturelles qui n'affectent pas de manière majeure l'accès aux soins ou services médicaux.	<input type="checkbox"/> Barrières linguistiques et culturelles qui empêchent le client d'accéder aux soins et services médicaux.	<input type="checkbox"/> Barrières linguistiques et culturelles. Le client n'est pas en mesure d'accéder à des soins ou à un traitement médical sans services de traduction et assistance CM.
Transport <i>Score d'acuité :</i>	<input type="checkbox"/> A un accès cohérent et fiable au transport sans avoir besoin du soutien d'une agence.	<input type="checkbox"/> A besoin occasionnellement d'une aide au transport pour rester en soins médicaux.	<input type="checkbox"/> Possède un laissez-passer de voiture ou de bus, mais nécessite l'aide de CM pour coordonner et rembourser le transport.	<input type="checkbox"/> Accès limité ou inexistant au transport (langue, capacités cognitives, santé mentale) qui a une incidence sur l'accès aux soins et services médicaux.
Points totaux :	Additionnez le total des points de chaque ligne pour déterminer le total			
	0 pts : Autogestion 11-20 pts : Gestion de cas modérée		1-10 pts : Gestion de cas de base 21-30 pts : Gestion de cas intensive	
Remarques :				

Conseils et références fournis (pour les gestionnaires de cas)

Orientation vers des soins médicaux pour le VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Orientation vers les services d'inscription à la couverture santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Conseils sur la réduction des risques de VIH fournis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Conseils sur l'observance du traitement fournis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Orientation vers les services de traitement des toxicomanies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Orientation vers les services de santé mentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Orientation vers les services sociaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	Orientation vers les services de logement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Autres saisines	

ND Ryan White Programme Partie B Droits et responsabilités du client

Droits du client :

En tant que participant à la partie B du programme ND Ryan White, vous avez le droit de :

- Soyez traité avec respect, dignité, considération et compassion.
- Recevoir des services de gestion de cas Être traité avec respect, dignité, considération et compassion.
- Recevez des services de gestion de cas sans discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe/genre, l'origine ethnique, l'origine nationale, la religion, l'âge, la classe, l'orientation sexuelle, les capacités physiques et/ou mentales.
- Participer à la création d'un plan pour les services de gestion de cas.
- Soyez informé des services et des options qui s'offrent à vous.
- Parvenez à un accord avec votre gestionnaire de cas sur la fréquence des contacts que vous aurez, soit en personne, soit par téléphone.
- Faites en sorte que vos dossiers médicaux et vos dossiers de gestion de cas resteront confidentielle.
- Déposer un grief concernant les services que vous recevez ou le refus de services

Responsabilités du client :

En tant que participant à la partie B du programme Ryan White du Dakota du Nord, vous avez la responsabilité de :

- Traitez les autres clients ainsi que le personnel de cette agence avec respect et courtoisie.
- Protégez la confidentialité des autres clients que vous pourriez rencontrer dans cette agence.
- Ne pas soumettre les gestionnaires de cas, le personnel ou d'autres clients à des abus ou des menaces physiques, sexuels, verbaux et/ou émotionnels.
- Participez autant que possible à la création d'un plan de gestion de cas.
- Informez votre gestionnaire de cas de toute préoccupation que vous avez concernant votre plan de gestion de cas ou des changements dans vos besoins.
- Prenez et respectez les rendez-vous au mieux de vos capacités, ou si possible, téléphonez pour annuler ou modifier une heure de rendez-vous.
- Restez en communication avec votre gestionnaire de cas en l'informant des changements d'adresse ou de numéro de téléphone, de revenus et en répondant aux appels ou lettres du gestionnaire de cas au mieux de vos capacités.
- Fournissez à votre gestionnaire de cas toute demande de paiement de factures dans les 30 jours suivant la date du relevé et fournissez la documentation requise.
- Suivez les instructions du gestionnaire de cas pour obtenir de l'aide d'autres programmes et services disponibles.
- Prenez soin de vous en visitant votre médecin régulièrement et prenez les médicaments prescrits pour assurer votre santé et votre bien-être.
- Tous les six mois, recertifiez votre éligibilité et votre inscription au programme ND Ryan White Part B. Vous **devez vous réinscrire avant le 30 avril et recertifier avant le 31 octobre** de chaque année pour continuer à être éligible à Ryan White.

Je comprends les informations ci-dessus et j'en ai reçu une copie pour mes dossiers.

Signature du client/tuteur

Date

Signature du gestionnaire de cas

Date

ND Ryan White Program Part B Diffusion d'informations par le client

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

Certification partie B du programme ND Ryan White

Je certifie par la présente que la représentation de mes revenus, assurances et autres aides financières est une déclaration véridique et exacte et que les conditions d'éligibilité énumérées ci-dessus ont été respectées et documentées.

Je comprends mes droits et responsabilités, y compris remplir les documents d'admissibilité tous les 6 mois et signaler immédiatement les changements de revenu, de statut d'assurance ou de résidence à mon gestionnaire de cas.

Je comprends que je dois me réinscrire **chaque année avant le 30 avril et me recertifier avant le 31 octobre pour continuer à être éligible.** Si je ne le fais pas, je deviendrai inéligible pour recevoir des services par le biais du programme ND Ryan White.

Signature du client/tuteur	Date
Signature du gestionnaire de cas	Date