

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA PARTE B DEL PROGRAMA ND RYAN WHITE
DEPARTAMENTO DE SALUD DE DAKOTA DEL NORTE
DIVISIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y POR LA SANGRE
 SFN 54191 (Rev. 07-2021)

La siguiente información es necesaria para evaluar su calificación para la Parte B del Programa de Dakota del Norte Ryan White.

- Identidad/Edad:** Lleve registros que acrediten su identidad y edad (por ejemplo, licencia de conducir).
- Ingreso:** Lleve registros que acrediten los ingresos brutos (antes de impuestos) de todos los miembros del hogar (por ejemplo, formulario de impuestos más reciente, recibos de sueldo, Seguro de Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario).
- Residencia:** Lleve registros que acrediten dónde vive (licencia de conducir, recibos de alquiler, facturas de servicios públicos). Debe poder proporcionar una Identificación estatal dentro de los 60 días posteriores a la solicitud.
- Seguro médico:** Traiga una copia de la tarjeta del seguro (anverso y reverso).
- Medicaid/Medicare:** Traiga una copia de sus tarjetas de Medicaid y Medicare (anverso y reverso).

Complete este formulario de la mejor forma posible y proporcione la documentación indicada al administrador de casos local de Ryan White. También puede enviarlo por fax al **701-328-0338** o por correo al **Ryan White Part B Program; 600 E Boulevard Ave, Bismarck, ND 58505-0200**. Si tiene preguntas, llame al 701-328-2378 o visite ndhealth.gov/hiv.

Información del Solicitante

Sitio de Administración de Casos de Ryan White		ND Ryan White Número de cliente	Número de cliente ND ADAP		
Primer nombre		Apellido	Número de Seguro Social		
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección Postal (si es diferente)			Ciudad	Estado	Código postal
Número de Teléfono Principal		Número de Teléfono Secundario	Dirección de Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento		País de Nacimiento	Idioma Materno		
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero M a F <input type="checkbox"/> Transgénero F a M <input type="checkbox"/> Otro:					Orientación Sexual
Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco					Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Contacto de Emergencia		Número de Teléfono del Contacto de Emergencia	Parentesco		
Asistente Médico		Clínica	Farmacia		
Fecha del diagnóstico inicial (mes/año)			Ciudad/Estado o País (si está fuera de los EE. UU.) de Diagnóstico		
Categoría de Riesgo (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) <input type="checkbox"/> Trastorno de hemofilia/coagulación <input type="checkbox"/> Exposición relacionada con el trabajo <input type="checkbox"/> Contacto heterosexual <input type="checkbox"/> Perinatal (madre a hijo) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectables (UDI) <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos o transfusión de sangre					
Estado de ciudadanía <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Visa Temporal <input type="checkbox"/> Indocumentado					
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante					
Nombre del Empleado					

Información del Seguro

Seleccione el tipo de cobertura médica que tiene actualmente y proporcione una copia de la tarjeta del seguro (anverso y reverso).					
Seguro Privado	Medicaid	Medicare	Otro	<input type="checkbox"/> Seguro de Mercado pagado por el programa Ryan White	<input type="checkbox"/> No tengo cobertura médica desde (fecha):
<input type="checkbox"/> Basado en el empleador <input type="checkbox"/> Privado individual <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Expansión <input type="checkbox"/> Doble elegibilidad (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> Parte A/B <input type="checkbox"/> Parte D (cobertura de medicamentos)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Otro:	Si lo selecciona, complete la Prueba y el Certificado de Cobertura Médica	
Nombre del Proveedor de Seguros (p. ej., BCBS)			ID. del Afiliado	Fecha de Inicio de la Póliza	
Nombre del Proveedor de Seguros (p. ej., BCBS)			ID. del Afiliado	Fecha de Inicio de la Póliza	

Prueba y Certificación de Cobertura de Salud

Complete esta sección si actualmente no tiene cobertura médica o está inscrito en el seguro médico del mercado pagado por el programa Ryan White.	
<input type="checkbox"/> Mis ingresos durante los últimos 12 meses están por debajo de los \$ 20,000. <input type="checkbox"/> He solicitado ND Medicaid en los últimos 6 meses y la cobertura me ha sido negada debido a mi: <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Ciudadanía/estado migratorio <input type="checkbox"/> Tener una solicitud incompleta <input type="checkbox"/> No he solicitado ND Medicaid en los últimos 6 meses.	
<input type="checkbox"/> Mis ingresos durante los últimos 12 meses superaron los \$ 20 000. Yo, u otros miembros de mi hogar, estamos empleados pero: <input type="checkbox"/> Mi empleador no ofrece seguro médico. <input type="checkbox"/> A nadie en mi hogar se le ofrece seguro médico a través de un empleo en el que soy una parte que califica. Todos los miembros empleados en el hogar deben hacer que sus empleadores completen la Herramienta de Cobertura del Empleador .	
<p>Si califica y no ha obtenido cobertura médica a través de Medicaid, Medicare o Planes Privados a través de Empleadores, no cumple con las políticas de la Parte B de Ryan White con respecto al "pagador de último recurso". Esto hará que no pueda calificar para los Servicios cubiertos por Ryan White hasta que se obtenga la cobertura adecuada. Se considerará proporcionar medicamentos y servicios por un período de hasta tres meses para cubrir los servicios hasta que los planes se activen.</p> <p>Si ha solicitado y no califica para Medicaid, Medicare o Planes Privados a través de Empleadores, debe inscribirse en un plan de salud calificado a través del Mercado de Seguros Médicos con un plan aprobado por Ryan White durante el próximo período de inscripción abierta. El programa Ryan White puede pagar su parte de la prima del seguro. La consecuencia de no inscribirse en un plan de seguro médico durante el próximo período de inscripción disponible será la suspensión de un año del programa Ryan White Parte B o hasta que se obtenga cobertura de seguro médico.</p> <p>_____ (escriba sus iniciales) Entiendo que el programa Ryan White Parte B es un pagador de último recurso y es posible que solo cubra los servicios cuando no haya otro pagador disponible. Esto significa que si califico para la cobertura de salud y no me inscribo, Ryan White suspenderá mi elegibilidad para la Parte B de Ryan White hasta que obtenga la cobertura adecuada.</p>	
Para Administradores de Casos: <input type="checkbox"/> Este solicitante actualmente no califica para una cobertura médica y califica para los servicios Ryan White. <input type="checkbox"/> Este solicitante califica para la cobertura de salud pública o privada y debe recibir un período de ventana de 3 meses de cobertura RW que finaliza el: _____. <input type="checkbox"/> Este cliente no cumple con las políticas de Ryan White y no califica para los servicios de Ryan White.	
Firma del Cliente/Tutor	Fecha
Firma del Administrador de Casos	Fecha

Características de la Vivienda

Tipo de Vivienda (por favor seleccione una)

Vivienda permanente (apartamento, casa, pensión) Alquiler Propio

Temporal (vivienda de transición para personas sin hogar, quedarse con amigos o familiares)

Inestable (refugio de emergencia, cárcel, vehículo, calles, hotel o motel pagado con fondos de emergencia)

¿Recibe asistencia para la vivienda (HOPWA, vivienda pública, Sección 8)? No Sí, por favor detalle:

Describa el plan de vida actual (estabilidad, seguridad, asequibilidad)	Costo/mensual
---	---------------

En los últimos 12 meses, ¿cuál fue la situación de vivienda más inestable que experimentó?

Vivienda inestable o sin hogar Vivienda temporal Vivienda estable o permanente

Tamaño e Ingresos del Hogar

Estado civil

Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo Otro:

Enumere a cada miembro de la familia que vive con usted (cónyuge legal, biológico/adoptado/hijastros) y cualquier persona que declare como dependiente en sus impuestos. Enumere sus ingresos si corresponde. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Tipo de Ingreso	Ingresos Brutos Mensuales (antes de impuestos)
	Autónomo			
Tamaño de la Vivienda		Ingreso Mensual Total del Hogar		
Nivel de Pobreza Federal del Hogar (para ser completado por el administrador de casos)				

Declaración de No Ingresos

Si actualmente no tiene ingresos, complete la siguiente información.

No presenté impuestos sobre la renta en 20____. Esta declaración es verdadera según mi leal saber y entender.

Actualmente no tengo ingresos y no he recibido ingresos desde:

Explique cómo cubre sus gastos de mantenimiento si declara que no tiene ingresos actuales.

Evaluación de Servicios Ryan White

Seleccione qué servicios y reembolsos de servicios de ND Ryan White necesita.

<input type="checkbox"/> Gestión de Casos	<input type="checkbox"/> Medicamentos (ADAP)
<input type="checkbox"/> Atención médica ambulatoria para el VIH	<input type="checkbox"/> Primas de Seguro (ADAP)
<input type="checkbox"/> Salud dental	<input type="checkbox"/> Cuidado de la visión
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Suplementos nutricionales
<input type="checkbox"/> Asistencia de Alquiler y Servicios Públicos	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Grupos de Apoyo para el VIH	

Otro

Evaluación de Necesidades Básicas

Seleccione las áreas donde necesita referencias y asistencia.	
<input type="checkbox"/> Vivienda/servicios públicos <input type="checkbox"/> Facturas médicas <input type="checkbox"/> Comida y ropa <input type="checkbox"/> Pago de facturas/administración del dinero	<input type="checkbox"/> Estado de ciudadanía/inmigración <input type="checkbox"/> Barreras lingüísticas/culturales <input type="checkbox"/> Problemas legales/de encarcelamiento <input type="checkbox"/> Encontrar/mantener un trabajo
Otro	

Retención en la Atención y Evaluación del Riesgo de VIH

¿Cuándo fue su última visita a su proveedor de VIH? <input type="checkbox"/> Dentro de los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Dentro de los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses	
¿Está actualmente suprimido viralmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	¿Su recuento de CD4 es superior a 200 células/mL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Qué medicamentos para el VIH está tomando actualmente?	¿Ha olvidado alguna dosis en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, detalle:
¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección, parejas sexuales múltiples o anónimas, o ha compartido agujas con alguien en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar <input type="checkbox"/> Si, por favor detalle:	

Pruebas de Detección Recomendadas para Personas que conviven con VIH

¿Le han hecho una prueba de sífilis en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sexualmente inactivo	Fecha de prueba	Resultado de la prueba
¿Le han hecho pruebas de clamidia y gonorrea en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sexualmente inactivo	Fecha de prueba	Resultados de la prueba
¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	En caso afirmativo, ¿recibe atención prenatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha estimada de parto

Evaluación del Uso de Sustancias y la Salud Mental

¿Consumo tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado	Actualmente, ¿le interesa dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Es una fumadora pasiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Abusa actualmente de drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado	Si es así, marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Inyección	
¿Le gustaría una referencia? <input type="checkbox"/> Asesoramiento Sobre Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Servicios de Jeringas <input type="checkbox"/> Cese del Tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		
Comentarios		
¿Tiene problemas de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado	Comentarios	
¿Tiene antecedentes traumáticos en su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene preocupaciones de abuso físico o emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, me siento seguro	
¿Está recibiendo asesoramiento/tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Está interesado en recibir ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

Para ser Completado por el Administrador de Casos – Escala de Agudeza

Área de Vida & Puntaje	0 puntos Auto Gestión	1 punto Necesidad Básica	2 puntos Necesidad Moderada	3 puntos Necesidad Alta
Gestión de Casos Médicos				
Vinculación y Retención en la Atención Médica <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> El cliente asistió a todas las citas médicas relacionadas con el VIH en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> El cliente faltó a una cita en los últimos 12 meses o ha reprogramado varias citas.	<input type="checkbox"/> El cliente faltó a más de una cita médica en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> No se informaron laboratorios en los últimos 12 meses. El cliente está: <input type="checkbox"/> recién diagnosticado <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> inmunodeprimido <input type="checkbox"/> dado de alta de una instalación correccional en los últimos 90 días <input type="checkbox"/> está/estuvo hospitalizado o utilizó la sala de emergencias o atención de urgencia en los últimos 30 días
Comprensión del VIH y la Conducta de Riesgo <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Comprende los riesgos y practica comportamientos de reducción de daños y se comunica con sus parejas sexuales sobre sexo más seguro (por ejemplo, uso de condones, PrEP, pruebas)	<input type="checkbox"/> Comprende los riesgos y practica la reducción de daños la mayor parte del tiempo.	<input type="checkbox"/> Tiene poco conocimiento y se involucra en conductas de riesgo. Carga viral detectable. Necesita servicios de socios.	<input type="checkbox"/> Participa con frecuencia en conductas de riesgo. No suprimido viralmente. Alto riesgo de transmisión del VIH. Necesita servicios de socios.
Adherencia a la medicación <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Adherencia completa a la medicación reflejada en la carga viral indetectable.	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente omite dosis con supresión continua de la carga viral.	<input type="checkbox"/> Omite dosis con frecuencia. Tiene una carga viral detectable por debajo de 200 copias/mL.	<input type="checkbox"/> Omite dosis diarias y tiene una carga viral superior a 200 copias/mL. Necesita asesoramiento sobre adherencia.
Cobertura de salud <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Tiene cobertura médica. Capaz de acceder a la atención médica.	<input type="checkbox"/> Inscrito en una cobertura de salud pero requiere apoyo para mantener la cobertura.	<input type="checkbox"/> Tiene cobertura médica pero requiere asistencia con las primas de ADAP y apoyo de CM para mantener la cobertura.	<input type="checkbox"/> Sin cobertura de salud. <input type="checkbox"/> No califica para cobertura pública o privada. <input type="checkbox"/> Elegible pero no está inscrito.
Gestión de Casos No Médicos				
Necesidades Básicas <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Alimentos, ropa y otros artículos básicos disponibles a través de los propios medios del cliente. <input type="checkbox"/> Tiene acceso continuo a programas de asistencia que mantienen las necesidades básicas de manera constante. <input type="checkbox"/> Capaz de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente (AVD)	<input type="checkbox"/> Las necesidades básicas se satisfacen de forma regular con la necesidad ocasional de ayuda para acceder a los programas de asistencia. <input type="checkbox"/> Incapaz de satisfacer las necesidades básicas de forma rutinaria sin asistencia de emergencia. <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para realizar algunas AVD semanalmente.	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda diaria para acceder a programas de asistencia para necesidades básicas. <input type="checkbox"/> Historial de dificultades para acceder a los programas de asistencia por cuenta propia. <input type="checkbox"/> A menudo sin comida, ropa u otras necesidades básicas. <input type="checkbox"/> Necesita asistencia diaria para las AVD en el hogar.	<input type="checkbox"/> No tiene acceso a la comida. <input type="checkbox"/> Sin las necesidades más básicas. <input type="checkbox"/> Sin posibilidad de realizar la mayoría de las AVD. <input type="checkbox"/> No hay hogar para recibir asistencia con AVD.

Área de Vida & Puntaje	0 puntos Auto Gestión	1 punto Necesidad Básica	2 puntos Necesidad Moderada	3 puntos Necesidad Alta
Salud mental <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Sin antecedentes de problemas de salud mental. No hay necesidad de remisión.	<input type="checkbox"/> Problemas pasados y/o reporta dificultades/estrés actuales: está funcionando o ya está involucrado en el cuidado de la salud mental.	<input type="checkbox"/> Tener problemas en el funcionamiento diario. Requiere un apoyo significativo. Necesita derivación a atención de salud mental.	<input type="checkbox"/> Peligro para sí mismo o para los demás y necesita una intervención inmediata. Necesita derivación a atención de salud mental.
Uso de sustancias <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Sin dificultades con el uso de sustancias. No se necesitan referencias.	<input type="checkbox"/> Problemas pasados pero actualmente en recuperación. No afecta la capacidad para funcionar diariamente o acceder a la atención médica.	<input type="checkbox"/> Consumo actual de sustancias: dispuesto a buscar ayuda. Afecta la capacidad para funcionar y acceder a la atención médica.	<input type="checkbox"/> Consumo actual de sustancias: no está dispuesto a buscar ayuda. Incapaz de funcionar a diario o mantener la atención médica.
Vivienda <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Vivir en una vivienda limpia y estable. No necesita ayuda.	<input type="checkbox"/> Vivienda estable (subvencionada o no). Ocasionalmente necesita ayuda para la vivienda (<2 veces al año).	<input type="checkbox"/> Vivienda temporal (subvencionada o no). Infracciones frecuentes y avisos de desalojo e historial de personas sin hogar.	<input type="checkbox"/> Vivienda inestable. Actualmente enfrenta un desalojo o la falta de vivienda.
Barreras lingüísticas y culturales <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Sin barreras idiomáticas/culturales.	<input type="checkbox"/> Algunas barreras idiomáticas/culturales que no afectan de manera importante el acceso a la atención o los servicios médicos.	<input type="checkbox"/> Barreras lingüísticas y culturales que impiden que el cliente acceda a la atención y los servicios médicos.	<input type="checkbox"/> Barreras lingüísticas/culturales. El cliente no puede acceder a atención médica o tratamiento sin servicios de traducción y asistencia de CM.
Transporte <i>Puntaje de Agudeza:</i>	<input type="checkbox"/> Tiene acceso constante y confiable al transporte sin necesidad de apoyo de la agencia.	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente necesita ayuda con el transporte para permanecer en la atención médica.	<input type="checkbox"/> Tiene un pase para automóvil o autobús, pero requiere ayuda de CM para coordinar y reembolsar el transporte.	<input type="checkbox"/> Acceso limitado o nulo al transporte (idioma, capacidad cognitiva, salud mental) que afecta el acceso a la atención y los servicios médicos.
Puntos totales:	Suma los puntos totales de cada línea para determinar el total			
	0 pts: Autogestión		1-10 pts: Gestión Básica de Casos	
	11-20 pts: Manejo Moderado de Casos		21-30 pts: Gestión Intensiva de Casos	
Notas:				

Asesoramiento y Remisiones Proporcionadas (para administradores de casos)

Remisión a atención médica para el VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	Remisión a servicios de inscripción de cobertura de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Se proporcionó asesoramiento sobre reducción del riesgo de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	Se proporciona asesoramiento sobre el cumplimiento de la medicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Remisión a servicios por abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	Remisión a servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Remisión a servicios sociales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	Remisión a servicios de vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Otras referencias	

Programa ND Ryan White Parte B Derechos y Responsabilidades del Cliente

Derechos del Cliente:

Como participante en la Parte B del Programa ND Ryan White, tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad, consideración y compasión.
- Recibir servicios de administración de casos Ser tratado con respeto, dignidad, consideración y compasión.
- Recibir servicios de administración de casos libres de discriminación por motivos de raza, color, sexo/género, etnia, origen nacional, religión, edad, clase, orientación sexual, capacidad física y/o mental.
- Participar en la creación de un plan de servicios de administración de casos.
- Estar informado sobre los servicios y opciones disponibles para usted.
- Llegar a un acuerdo con su administrador de casos sobre la frecuencia de contacto que tendrá, ya sea en persona o por teléfono.
- Que sus registros médicos y registros de administración de casos se traten de manera confidencial.
- Presentar una queja sobre los servicios que está recibiendo o el rechazo de servicios

Responsabilidades del Cliente:

Como participante en la Parte B del Programa Ryan White de Dakota del Norte, usted es responsable de:

- Tratar a los demás clientes y al personal de esta agencia con respeto y cortesía.
- Proteger la confidencialidad de otros clientes que pueda encontrar en esta agencia.
- No someter a los administradores de casos, el personal u otros clientes a amenazas o abusos físicos, sexuales, verbales y/o emocionales.
- Participar tanto como pueda en la creación de un plan para la gestión de casos.
- Informar a su administrador sobre cualquier inquietud que tenga sobre su plan de administración de casos o cambios en sus necesidades.
- Programar y asistir a las citas de la mejor forma posible o, si es viable, llame por teléfono para cancelar o cambiar la hora de una cita.
- Comunicarse con su administrador de casos e informar de los cambios en su dirección o número de teléfono, ingresos y responder a las llamadas o cartas del administrador de casos de la mejor forma posible.
- Proporcionar a su administrador de casos cualquier solicitud de pago de facturas dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta y proporcionar la documentación requerida.
- Seguir las instrucciones del administrador de casos para obtener ayuda de otros programas y servicios disponibles.
- Permanecer bajo cuidado y visite a su médico con regularidad y tome los medicamentos recetados para garantizar su salud y bienestar.
- Cada seis meses, vuelva a certificar su calificación e inscripción en el programa ND Ryan White Parte B. **Debe volver a inscribirse antes del 30 de abril y volver a certificarse antes del 31 de octubre** de cada año para continuar con la elegibilidad de Ryan White.

Entiendo la información anterior y he recibido una copia para mis registros.

Firma del Cliente/Tutor

Fecha

Firma del Administrador de Casos

Fecha

Programa ND Ryan White Parte B Divulgación de Información del Cliente

Yo, _____, autorizo al personal del Programa ND Ryan White o a sus agentes a discutir mi caso y diagnóstico (si es necesario) con los proveedores enumerados para obtener y mantener los servicios para los que puedo calificar:

Administradores de casos	Defensores
Trabajador financiero del condado	Representante de ND Medicaid
Médico	Personal de la clínica
Asistentes de inscripción de seguros	Proveedores de seguros
Otros proveedores de atención médica (farmacéutico, dentista, etc.)	Trabajador social

También autorizo al programa ND Ryan White a consultar con las aseguradoras privadas y los empleadores sobre el seguro médico o dental que pueda tener. Esta autorización tiene el único propósito de obtener información sobre las fechas de elegibilidad y la información sobre las primas para ayudar con las primas del seguro y garantizar una cobertura médica adecuada.

Este permiso vencerá un año después de la fecha de mi firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante nota al programa ND Ryan White. Si revoco esta autorización, el personal del programa ND Ryan White y las personas indicadas anteriormente pueden actuar sobre mi información que ha sido divulgada hasta la fecha de esa revocación.

Entiendo que la información sobre mí está protegida por las leyes de privacidad estatales y federales. Entiendo que esta información no se puede divulgar sin mi consentimiento, excepto según lo disponga la ley.

Entiendo que no es necesario firmar este formulario de autorización. Si elijo no firmar este formulario, puede limitar o restringir los servicios que se me pueden ofrecer. Si firmo este formulario, tengo derecho a recibir una copia de la autorización completa.

Firma del Cliente/Tutor	Fecha
Firma del Administrador de Casos	Fecha

Certificación de la Parte B del Programa ND Ryan White

Por la presente certifico que la representación de mis ingresos, seguro y otra asistencia financiera es una declaración verdadera y precisa y que los requisitos de calificación enumerados anteriormente se han cumplido y documentado.

Entiendo mis Derechos y Responsabilidades, incluyendo completar la documentación de calificación cada 6 meses e informar cambios en los ingresos, el estado del seguro o la residencia a mi administrador de casos de inmediato.

Entiendo que debo **reinscribirme cada año antes del 30 de abril y volver a certificarme antes del 31 de octubre para continuar con la elegibilidad.** Si no lo hago, no podré calificar para recibir servicios a través del Programa ND Ryan White.

Firma del Cliente/Tutor	Fecha
Firma del Administrador de Casos	Fecha