



**ETAT DE NEW HAMPSHIRE DEPARTEMENT DE
DE LA SANTE & DES SERVICES SOCIAUX DIVISION
DES SERVICES DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME RYAN WHITE CARE
DE NH**

(603)271-4502 (800) 852-3345 x4502
(603)271-4934 fax

APPLICATION DE NH

Date d'application : _____

Application Initiale Application De Renouvellement

Nom De Famille		Prénom		Date De Naissance	
Adresse (numéro, rue)			Ville		Etat Code Postal
Adresse De Correspondance (si différente de ci- dessus)					
Numéro De Téléphone Maison ()		Numéro De Téléphone Portable ()		Autre Numéro De Téléphone ()	
Adresse Email					
Numero De Securite Social		Pays De Naissance		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgenre	

Pouvons-nous laisser un message détaillé sur votre répondeur ?			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
Si non, qui pouvons- nous contacter ? Nom :		Téléphone : ()		Relation :		
Pouvons-nous envoyer des informations à l'adresse ci-dessus ?			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
bien de recevoir des emails ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Si Non, ou pouvons nous les envoyer ?						
Travaillez-vous avec une gestionnaire de cas dans une organisation de service de SIDA ou cabinet de médecin ? Oui Non						
Gestionnaire de Cas :			Organisation :			
Votre medecin:			Telephone: ()			
Ville:						
Medecin Specialiste:			Telephone: ()			
Ville:						
Pharmacie:		Telephone: ()			Correspondence:	
Rue:		Ville:			Telephone: ()	

Situation du Logement :				<input type="checkbox"/> permanent		<input type="checkbox"/> temporaire		<input type="checkbox"/> sans-abris		<input type="checkbox"/> institution	
Les trois(3) premières lettres du prénom de votre mère : (nécessaire pour créer votre identité unique et confidentielle)											

INFORMATION SUR LE REVENU

Nombre de personne dans votre maison ?

Source(s) de revenu	Semaine	Mois	Annuel
Salaire	\$	\$	\$
Autre (expliquer):	\$	\$	\$
Autre (expliquer):	\$	\$	\$
Total:	\$	\$	\$

Preuves de Revenu (plus récent)

<input type="checkbox"/> Talon De Paie	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale ou cheque de chômage
<input type="checkbox"/> Impôt sur le revenu fédéral	<input type="checkbox"/> Relevet bancaire
<input type="checkbox"/> Lettre de l'employeur indiquant les salaires	<input type="checkbox"/> Autre:

MEDICAID (les candidats doivent faire une demande pour Medicaid une fois par an)

Est-ce que vous avez fait une demande de Medicaid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date De Demande:
Approuvée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En Attente	Numero d'identite:

MEDICARE PART A et B

Part A : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu	Date de commencement:
Part B : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu	Date de commencement:

MEDICARE PARTIE D

Part D : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu	Date de commencement:
Nom du Plan:	Numero d'identite:

ASSURANCE (Vous pouvez être admissible a une assistance des primes d'assurance ou continuation de COBRA , demandez des détails)

Êtes- vous couvert par un plan de santé médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	est ce que c'est un plan COBRA ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du Plan:	Numero d'identite:

DEMOGRAPHIE (les informations sont confidentielles)

- Quelle langue parlez-vous le plus souvent ? Anglais Espagnol Français Autre : _____
- Lesquelles des suivants décrivent votre race ? Blanche Noire ou Africain Américain Asiatique
 Native Hawaïens/pacifique islandais Américain Indien/Native d'Alaska Plus d'une race
- Lequel des suivants décrivent votre appartenance ethnique? Espagnol/Latino Non-Espagnol/Latino

En signant ci-dessous, je certifie que j'ai lu, compris, et se conforme à l'avis de non-discrimination, certification du client, le règlement des griefs et de l'examen du dossier

Avis de non-discrimination

L'état de New Hampshire, département de la santé et des services sociaux, ne fait pas de discrimination contre les personnes en raison de leur âge, sexe, race, religion, couleur, état matrimonial, statut, familial, handicap physique ou mental, nationalité d'origine, orientation sexuelle ou appartenance politique ou de conviction. Il n'y aura pas de discrimination dans l'acceptation ou prestation du service, ou à l'admission ou accès au traitement ou à l'emploi dans tous les programmes du département ou leur activités. Le contrôleur est chargé de coordonner la conformité des efforts des droits civils du département, les bureaux des composants et divisions de respecter les règlements de l'état et fédéral contre la discrimination. Pour plus d'informations, ou apprendre comment déposer une plainte contre la discrimination, contactez le Contrôleur à 129 Pleasant Street, Concord, New Hampshire 03301 ; ou vous pouvez téléphoner au (603) 271-4963 (vocal) ou le numéro d'accès TDD : 1-800-735-2964. Le département de la santé et des services sociaux de New Hampshire est soumis au titre VI à la loi des droits civils de 1964 (42 U.S.C., Section 2000d et suivants...) article 504 de la loi de Réhabilitation de 1973, telle que modifiée (29 U.S.C., Section 794); Titre IX des amendements relatifs à l'enseignement de 1972 (20 U.S.C., Section 1681); la Loi sur la discrimination de l'âge de 1975 (42 U.S.C., Section 6101 et suivants...); NH RSA 354-A; et certaines lois de subventions fédérales globales, y compris, mais pas limitée au 42 U.S.C., Sections 300x-7, and 708, ou toute autre disposition par laquelle le département reçoit la participation financière du gouvernement fédéral dans ses programmes. ces lois interdisent la discrimination sur la base de l'âge, sexe, race, religion, couleur, état matrimonial, statut familial, handicap physique ou mental, nationalité d'origine, orientation sexuelle, appartenance politique ou de conviction dans les activités fédérales assistées ou financées par l'état. La réglementation du département de la santé et des services sociaux des états unis sous le Titre VI, Section 504, Titre IX et la loi sur la discrimination de l'âge se trouvent au 45 C.F.R., Parties 80, 84, 86 and 91, respectivement. Le département de la santé et des services sociaux de New Hampshire est aussi soumis aux lois des Américains avec handicap de 1990 (42 U.S.C., Section 12101, et suivants...) et ses règlements d'application au 28 C.F.R., Partie 35.

Certification du client

1. En validant, je déclare que mes états financiers sont exacts et véridiques au meilleur de ma connaissance. Je me rends compte que le programme de NH CARE reçoit des fonds de l'état de New Hampshire et que toute fausse déclaration intentionnelle peut entraîner des poursuites judiciaires contre moi sur la base des lois de l'Etat ou du gouvernement fédéral. De plus, je comprends que ma demande sera refusée si je retiens l'information, fournir des informations inexacts, ou refuser de fournir toutes les informations nécessaires. Je m'engage à aviser le programme de NH CARE dans les 30 jours de tous changements dans mon nom, adresse, éligibilité, finance, statut d'assurance ou taille des ménages, et de fournir des preuves des frais de revenu et médicaux, Medicaid ou statut de Medicare et / ou la police de l'assurance maladie. Je suis entièrement d'accord pour se conformer aux conditions énoncées ci-dessus.
2. Afin d'être considéré pour la participation au programme NH CARE, j'autorise mon médecin ou son / sa représentant de divulguer les renseignements demandés par le programme de NH CARE par rapport au contenu de mon dossier médical. Je comprends que cette information sera maintenu dans des conditions strictes de confidentialité et que mon identité ne sera pas révélé à des personnes en dehors du département de la santé et des services sociaux. Toutes les informations données au programme de NH CARE sont strictement confidentielles et ne seront pas divulgué à d'autres parties, sauf si autorise par la loi.
3. En validant, j'autorise le personnel du programme de NH CARE de communiquer et de divulguer les informations, y compris mes diagnostiques, aux médecins appropriés et à d'autres professionnels de soins de santé y compris mon pharmacien, gestionnaire de cas, et d'autres fournisseurs de soins, pour m'assurer la planification et prestation des meilleurs services possibles. Si je demande la continuation de l'assurance, j'autorise le programme de NH CARE de parler à mon employeur et / ou l'assurance COBRA pourvoyeur concernant mon statut et contacter n'importe quel tiers payeurs / administrateurs pour assurer le couvrage et résoudre les problèmes de facturation

Procédure de griefs

1. Si vous n'êtes pas satisfait avec la détermination de l'admissibilité, vous pouvez demander dans les 30 jours de la date de réception de la lettre de notification du programme de NH CARE, une conférence d'examen informel des cas.
2. Le programme de NH CARE devrait vous notifier dans 14 jours, après la conférence d'examen des cas si le programme de NH CARE est d'accord, modifie ou révoque la détermination.
3. Si vous ou votre tuteur est mécontent du résultat de la conférence de l'examen de cas, une demande peut être faite dans les 30 jours de la notification ou dit résultat, une procédure d'arbitrage aura lieu en accordance avec RSA 541-A.
4. Vous devez contacter le directeur du programme de NH CARE si l'admissibilité vous a été refusée. Si vous êtes toujours non satisfait avec sa réponse, contactez le directeur de la section au 800-852-3345 ext 0290.
5. Vous pouvez contacter le bureau de Ombudsman à n'importe quel moment de la procédure pour une résolution neutre de votre plainte au 800-852-3345 ext. 6941.

Examen des dossiers

Par la présente, j'autorise le département de la santé et des services sociaux de NH et / ou la ville de Boston / Administrateur de la santé et hôpitaux, qui procurent les fonds pour ce programme, l'accès à mon dossier pour examen et suivie seulement. Y compris : mon nom, statut HIV, les diagnostiques liés, traitement de toxicomanie, les soins médicaux / traitement, situation financière, arrangements liés aux conditions de la vie, et autre information demandée. Je comprends l'avis est seulement visuel et aucun dossier ne peut être copié, enregistré ou supprimé. Je comprends que je ne suis pas tenu par la loi de consentir à divulguer cette information, mais le fais volontier et volontairement, et que je peux révoquer mon consentement par écrit, sauf dans le cas où des mesures ont été prises sur la foi de mon consentement. Cette autorisation aura une durée de deux (2) ans à partir de la date de signature.

Signature Appliquant/Tuteur

Date

Signature Témoin

Date

La Permission pour le docteur de disséminer l'information Médicale

J'autorise mon médecin ou représentant du médecin, de disséminer les informations demandées par le programme NH CARE, relative au contenu de mon dossier medical. Je comprends que cette information sera maintenu sous stricte confidentialité, et ne sera pas dévoilée aux personnes en dehors du département de la sante et des services sociaux de NH et sera uniquement utiliser en mon bénéfice. Cette autorisation est valable pour une (1) année de la date de la signature sauf si je la révoque par écrits.

Signature Appliquant/tuteur

Date

Nom Prénom

Signature du Témoin

Date

Information du Médecin

Nom du Médecin

Nom d'hôpital/clinique

ville

Numéro de Téléphone

Numéro de Fax (option)

LISTE D'APPLIQUANT

(S.V.P gardez pour votre dossier)

- Les demandes sont valides pendant six mois, a la fin des six mois vous aurez besoin de soumettre une nouvelle demande. Si votre inscription expire, vous ne serez pas éligible aux services.
- Applicants doivent faire une demande de Medicaid une fois par an, votre demande peut être refusé si cette condition n'est pas respectée.
- "l'information médicale du patient"(p.6-7) doit être complétée par un médecin, elle peut être envoyée par télécopieur au programme de NH CARE au 603-271-4934.
- Joindre une copie de votre assurance ou carte assurance maladie.
- Joindre une copie de votre talon de cheque OU cheque de la sécurité sociale OU cheque de chômage OU le retour d'impôt sur le revenu fédéral.
- Si vous n'avez pas de revenu, votre assistante sociale de votre cas devra écrire une lettre indiquant que vous n'avez aucun revenu.
- Envoyez votre demande au programme CARE au:

**DHHS- NH CARE Program
29 Hazen Drive
Concord NH 03301**

Programme de NH
CARE
8:30-16 :30
du lundi au vendredi

Bureau principal : (603) 271-4502 (800) 852-3345
ext4502

Directeur de CARE :(603) 271-3958 (800) 852-3345
ext3958

Information médicale du patient du programme de NH CARE (PMI)

page. 1 de 2

Cette information est nécessaire pour déterminer l'éligibilité du client pour le programme de NH CARE et doit être complétée par un médecin. S'il vous plaît, envoyez l'application au : Programme NH CARE, 29 Hazen Drive, Concord, NH 03301 ou envoyer par télécopieur au : 603-271-4934.

Sdx #	Nom	Prenom	Date de naissance

HIV/SIDA Statut

HIV (non SIDA)	Date premier diagnostique de HIV (non SIDA) :
SIDA (CDC defini)	Date premier diagnostique du SIDA (CDC défini) :

Mode de Transmission

MSM (Men who have sex with men)	Heterosexuel avec IDU	Transfusion sanguine
IDU (Injection de drogue)	Heterosexuel avec MSM	Perinatale
MSM/IDU	Heterosexuel avec Hemophile	Risque non specifie
Hemophile adulte	Heterosexuel avec HIV/SIDA	Autre:

Date	Compte CD4	Charge Virale
	Moins Connu:	Plus Recent:
	Actuel:	

Programme d'assistance drogue SIDA (ADAP). Êtes-vous actuellement en antirétroviraux (ART's)? Oui Non

Si non, quelle est l'indication de la thérapie initiale. Choisissez les lignes directives de l'initiation au traitement HHS suivants. Marquez tout ce qui s'applique.

CD4 compte <350	Infection opportuniste aigue
CD4 compte 350 to 500	Declin rapide C4 compte (>100 cellules/mm ³ /an)
CD4 compte >500	Charge Virale élevée (>100,000 copies/mL)
Transmission périnatale pendant la grossesse	Patients >50 ans d'age
Transmission Heterosexuelle	HIV-nephropathie associee
D'autre risque de transmission de groupe	Co-infections: HIV/ virus hepatite B
Debut d'infection HIV	Co-infections: HIV /virus hepatite C
Conditions definies du SIDA	Co-infections: Tuberculose Active

Antiretroviraux Prescrits (ART's):

--

Infection Opportuniste (OI): (le Programme de NH CARE autorise les médicaments pour l'infection opportuniste)**Nom de (OI):**

--

Médicament prescrits:

HRSA Indicateurs Cliniques (requis)

1 : Dépistage de la réduction des risques/Conseil les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
2 : PCP prophylaxie prescrit les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
3 : Antirétroviraux prescrits les 6 derniers mois.	Date
Oui Non Inconnu	
4: Teste pour TB les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
4a : Si non testé les 6 derniers mois, testé depuis diagnostique du HIV.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
5 : Testé pour syphilis les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
6 : Testé pour Hépatite B les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
6a : Si non, testé depuis le diagnostique du HIV.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
6b : Séries de Vaccins d'hépatite B complété les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
7 : Testé pour Hépatite C les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
7a : Si non testé les derniers 6 mois, testé depuis le diagnostique du HIV.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
8 : Evalué par les services d'utilisation de substances les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
9: Evalué par les services de sante mentale les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
10 : Femme : examen cervical frotier les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
10a : Enceinte les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Inconnu	
10b : Si enceinte : Avez-vous reçu des soins prénatals les 6 derniers mois.	Date
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestr <input type="checkbox"/> 2 ^{me} trimestre <input type="checkbox"/> 3 ^{me} trimestre <input type="checkbox"/> Aucun Inconnu	
10c: Si enceinte : antirétroviraux étaient prescrit pour prévenir la transmission du HIV au bébé	Date
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Inconnu	

Signature du Medecin _____ Date _____

Hopital/Clinique _____ Adresse _____ telephone _____