

**ለይግባኝ ጥያቄ አቅራቢ የተዘጋጁ መመሪያዎች፡**

ለቤተሰብ ሥራ ፈቃድ ጥቅማጥቅሞች በዲሲ የሚከፈለው የቤተሰብ የሥራ ዕረፍትን ለማስገባት ይህንን ቅጽ ይጠቀሙ። ይህ ቅጽ የሚያገለግለው የቤተሰብዎ አባል በዲሲ የሚከፈል ፈቃድ በሕግ በተደነገገው መሠረት “ከባድ የጤና እክል” እንዳለው እና የቤተሰብዎ አባል የእርስዎን እንክብካቤ ወይም አጋርነት ጊዜ የሚፈልግ መሆኑን ለመወሰን ነው። ስለእርስዎ (ጥያቄ አቅራቢው) እና የቤተሰብዎ አባል መረጃ የሚጠይቀውን የቅጹን የመጀመሪያ ክፍል መሙላት አለብዎ። የቤተሰብዎን አባል የተመደበው ሃኪም ህጋዊ ወይም ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የቅጹን ሁለተኛ ክፍል መሙላት አለበት። የቤተሰብ የሥራ ፈቃድ ጥቅማጥቅሞች ማቅረቢያ ሂደቱን ማጠናቀቅ የሚችሉት ይህ ቅጽ ተግባራዊ እና በቤተሰብዎ አባል ሃኪም ከፈረመበት ብቻ ነው። በአንላይን የተከፈለ የቤተሰብ ዕርዳታ ጥቅማጥቅሞችን በተመለከተ [does.pflbas.dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov) ፖርታል በመጠቀም በማመልከቻው ሂደት ውስጥ ይህን ቅጽ በተገቢው ቦታ እንዲጭኑ በሲስተሙ ይጠየቃሉ።

የአያት ስም	የመጠሪያ ስም	የአሳተ ስም
የተሠጠው ቀን(ወር/ቀን/አመት)	የሶሻል ሴኩሪቲ ቁጥር ወይም የግለሰብ የግብርከፋይ መለያ ቁጥር (ITIN)	
ለይግባኝ ጥያቄ አቅራቢ ቤተሰብ አባል ሊሰጥ የሚገባው እንክብካቤ ማረጋገጫ		
አመልካቹ እንክብካቤ የሚያደርግለት የቤተሰብ አባል ስም		
የአያት ስም	የመጠሪያ ስም	የአሳተ ስም
የቤተሰብ አባል ከአቤቱታ አቅራቢ ጋር ያለው ግንኙነት		
ይግባኝ ጥያቄ አቅራቢው ለቤተሰቡ አባል የሚያደርገውን እንክብካቤ ወይም ጓደኝነት ምንነት ያብራሩ።		
በዚህ ማመልከቻ ላይ ያቀረብኩት መረጃ እውነት እና የተሟላ መሆኑን አረጋግጣለሁ።		
ፊርማ:- _____ ቀን:- _____		

**ክፍል 2 (ፈቃድ ባለው የጤና አገዛዝ ላይ አቀራረብ ለመስጠት)**

**ለጤና እንክብካቤ እቅራቢ መመሪያዎች፡-**  
 የታካሚዎ የቤተሰብ አባል ለታካሚዎ እንክብካቤ ወይም አጋርነት ለመስጠት ከዲስትሪክት አፍ ኮሎምቢያ የሚከፈል የቤተሰብ ዕርዳታ ጥቅሞችን እየጠየቀ ይገኛል። የዚህ ቅጽ ዓላማ የታካሚዎ የቤተሰብ አባል በሚከፈለው የቤተሰብ ፈቃድ ሕግ መሠረት ለቤተሰብ የሥራ ፈቃድ ጥቅም ብቁ መሆን አለመሆኑን ለመወሰን ነው። ከሚከተሉት ጥያቄዎች ብዙዎቹ የሚመለከታቸው ከሆነ ቀኑን አስከትሎ አዎን ወይም አይደለም መልሶች ያስፈልጋሉ። **ለጥቅሞች ብቁነት የሚወሰነው በተወሰኑ ሁኔታዎች ላይ ነው። ለጥያቄው አቅራቢ ለጥያቄዎች ብቁ ለመሆን ለአያንዳንዱ ጥያቄ “አዎን” ብሎ መመለስ አስፈላጊ አይደለም።**

<b>የጤና እንክብካቤ እቅራቢ መረጃ</b>			
ከተጠቀሰው ቦታ በስተቀር፣ ሁሉም መስኮች ያስፈልጋሉ			
የአይት ስም	የመጠሪያ ስም	የአባተ ስም	
የፖስታ መላኪያ አድራሻ፡- ስትሪት/ማንገድ	ቦታ	ግዛት	አካባቢያዊ መላሃ ቁጥር
የስልክ ቁጥር፡-	የኢሜል አድራሻ		
የተግባር አይነት/ የልዩ ሕክምና			
ፈቃድ ቁጥር	በሄራዊ አገልግሎት ሰጪ መለያ (አስገዳጅ ያልሆነ)		
<b>ስለ ህመምተኛው/ዋ የጤና ሁኔታ መረጃ</b>			
<b>የምርመራው ስም ወይም የጤና ሁኔታ ምልክቶች መግለጫ</b>			
<hr/> <hr/>			
ለጤና ሁኔታ የመጀመሪያ ICD -10 ኮድ	ሁለተኛ ደረጃ ICD -10 ኮድ (ከተፈለ)		
የጤና ሁኔታ የተመረመረበት ቀን (ወር/ቀን/ዓመት)	አዎ አይ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. የጤና ሁኔታ እርግዝና ነው? መልስዎ አዎ ከሆነ ፣ የሚወልዱት ቀን መትኩ ነዉ? (ወር/ቀን/ዓመት)		
አዎ አይ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. በጤናው ሁኔታ ምክንያት ህመምተኛዎ መሥራት፣ ትምህርት ቤት መከታተል ወይም ሌሎች የዕለት ተዕለት ኑሮን በጤና ምክንያት ወይም ሕክምና ለማግኘት እንቅስቃሴዎችን ማከናወን አይችሉም ብሎ ያምናሉ?			



አዎ አይ

9. ሕክምና በማይኖር፣ ሕመምተኛዎ ይህ ሁኔታ ቢያንስ ለሦስት (3) ሙሉ ተከታታይ ቀናት የሚቆይ የአቅም ማጣት ወይም ለሞት የሚዳርግ ነው ብለው ያምናሉ?

አዎ አይ

10. በአደጋ ወይም በሌላ ጉዳት ምክንያት የአካል ብቃት እንቅስቃሴውን ወደነበረበት ለመመለስ ታካሚዎ ቀዶ ጥገና ይፈልጋል? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ አሁን የቀዶ ጥገና ቀናት መቼ ናቸው?

አዎ አይ

11. በሕክምና አስተያየትዎ፣ በሽተኛው በአመልካቹ እንክብካቤ ወይም አጋር እንደሚፈልግ ያምናሉ?

አዎ አይ

12. በሕክምና አስተያየትዎ ላይ፣ በክፍል 1 ላይ የተገለጸው እንክብካቤ ወይም አብሮነት በአመልካች የቀረበው ምክንያታዊ እና አስፈላጊ ነው ብለው ያምናሉ?

13. እባክዎን ስለሁኔታው እና/ወይም ህክምናው ማንኛውንም ተጨማሪ መረጃ ያቅርቡ።

---



---



---



---



---



---

14. እባክዎ ስለሚያስፈልገው እንክብካቤ ማንኛውንም ተጨማሪ መረጃ ያብራሩ እና ያክሉ።

---



---



---



---



---



---

እኔ ይህንን በሽተኛ እያከምኩ እና በዚህ ቅጽ ላይ ያቀረብኩት መረጃ እውነት እና የተሟላ መሆኑን የተረጋገጠ ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ መሆኔን አረጋግጣለሁ።

ፊርማ:- \_\_\_\_\_ ቀን:- \_\_\_\_\_