

በፌዴራል ሚሽን ካለው የጤና ጣቢያ

ሌላ:- _____

አስተርጓሚ ይፈልጋሉን? አዎ አል ለግም

የኢንሹራንስ መረጃ

በአሁኑ ወቅት የጤና ኢንሹራንስ አለዎት? አዎ የለኝ

መልስዎ የለኝም ከሆነ ኢንሹራንስ ለማግኘት እርዳታ ይፈልጋሉ? አዎን አልፈልጋለሁ

በአሁኑ ወቅት ያለኝ የጤና መድን ሽፋን:-

- Buckeye CareSource Molina United HealthCare Aetna Humana
- Anthem Medicare ሌላ:- _____

የመኖሪያ ቤት መረጃ

በአሁኑ ወቅት መኖሪያ ቤት አልባ ነዎትን? አዎ አይደለም

የመጠለያ/የመኝታ ቁጥር:- _____ ጊዜያዊ መጠለያ ጎዳና

ከቤተሰብ ወይም ከጓደኞች ጋር ተዳብሎ መኖር በቋሚነት የሚደገፍ የመኖሪያ ቤት

ምንም ዓይነት የመኖሪያ ቤት መድን ዕቅድ የሌለው ወይም ቋሚ ያልሆነ መኖሪያ

በመንግሥት ቤት ውስጥ ነው የሚኖሩት? አዎ አይደለም

ለዚህ ወቅት ብቻ በኮሎምቢያ ይቆይ እንጂ የሚኖሩት ሌላ ቦታ ነው? አዎን አይደለም

ተጨማሪ መረጃ:-

ኮሎምቢያ ቀዳሚ መኖሪያዎ ነው? አዎን አይደለም

መልስዎ አይደለም ከሆነ የት ነው የሚኖሩት: _____

ከውጭ ሃገር ለሥራ የሚመጡ ሠራተኛ ነዎት? አዎን አይደለም

የቀድሞ ወታደር ነዎትን? አዎ አይደለም

የጾታ ዝንባሌ:- ከ መሳሳይ ጾታ ጋር ግንኙነት ፈጻሚ ከተቃራኒ ጾታ ጋር የሚገናኝ አለውቅም
 ለመግለጽ አልፈልግም

ጾታ ማንነት:- ድ ሴ ጾታ የቀየረ ከወንድ ወደ ሴት ጾታ የቀየረ ከሴት ወደ ወንድ

ባይነሪ ያልሆነ ሌላ መግለጽ አልፈልግም

በመወለድ ጊዜ የነበረ ጾታ:- ወንድ ሴት ድርብ ለመግለጽ አልፈልግም

ስለ ጤና ጣቢያው መረጃ ያገኙት ከየት ነው? _____

የቤተሰብ ብዛት እና የገቢ መግለጫ

ስም:-	ቀን:-
------	------

በቤቱ ውስጥ ያሉት ሰዎች ብዛት (እባክዎን ራስዎንም ያካትቱ):- _____
 (ይህ ቁጥር በቤቱ ውስጥ የሚኖሩና እርስዎ በገንዘብ የሚደግፏቸውን ሰዎች ሁሉ መጨመር ይኖርበታል። ይህም ማለት ለወጪያቸውና ለፍላጎቶቻቸው ከግማሽ በላይ የሚሸፍኑት እርስዎ ነዎት ማለት ነው።)

- በመኖሪያ ቤቱ ውስጥ ምንም ገቢ የሌለ መሆኑን አረጋግጣለሁ
- እኔ በፌዴራል ሚሽን የጤና ጣቢያ ተገልጋይ ስሆን እኔ ወይም ሌላ በእኔ ቤት ውስጥ የሚኖር ሰው ከሚከተሉት ምንጮች ገቢ(ዎች) እናገኛለን:-

ከኮሚሽን፣ ከጉርሻ፣ ከቦነስ፣ ከክፍያ የሚገኝ ገቢን ጨምሮ ከሥራ ቅጥር የሚገኝ ደመወዝ	እኔ	\$ _____
	ባለቤቱ	\$ _____
	ዘመድ	\$ _____
	ዝምድና የሌለን ዐዋቂ ሰው	\$ _____
ከሥራ ማጣት፣ ከአካል ጉዳት ወይም ከሌላ መንግሥታዊ ድጋፍ የሚገኙ ክፍያዎች		\$ _____
የግል ሥራን ጨምሮ የገንዘብ ሥራ በመሥራት የሚገኝ ገቢ		\$ _____
ከማናቸውም ዓይነት ንብረት የሚገኝ የኪራይ ገቢ		\$ _____
የማኅበራዊ ዋስትና ክፍያዎች		\$ _____
ዓመታዊ ድርሻ ክፍያዎች፣ የዋስትና ማጣት ፖሊሲዎች፣ የጡረታ ፈንድ፣ ጡረታ፣ ወይም በሞት ምክንያት የሚገኙ ጥቅማ ጥቅሞች		\$ _____
ከሃብት ላይ የሚገኝ ወለድ ወይም ተከፋይ ሒሳብ		\$ _____
ከላይ ከተጠቀሱት ውጭ የሆነ ሌላ የገቢ ምንጭ። ምንጭ:- _____		\$ _____
	ድምር:-	\$ _____

በሐሰት ቃል መስጠት የሚያስከትለውን ቅጣት በመረዳት በዚህ ሰነድ ውስጥ የገለጽኩት መረጃ እኔ እስከማውቀው ድረስ እውነተኛ እና ትክክለኛ መሆኑን አረጋግጣለሁ። በተጨማሪም ፊርማው(ዋ) ከዚህ በታች የተመለከተው ሐሰተኛ የሆነ ማንነት መግለጽ የማይቻልበት ድርጊት መሆኑን ይረዳል (ትረዳለች)። ሐሰተኛ፣ አሳሳቾች፣ ወይም ያልተሟላ የገቢ መረጃ መስጠት የአገልግሎት መቋረጥ ሊያስከትል ይችላል።

_____ የደንበኛ ስም/ ሥልጣን የተሰጠው ሰው (በእጅ ይጻፍ) የደንበኛ ፊርማ/ ሥልጣን የተሰጠው ሰው ፊርማ _____/_____/_____ ቀን

_____ የሠራተኛ ስም (በእጅ ይጻፍ) የሠራተኛ ፊርማ _____/_____/_____ ቀን

ሕክምና ለማግኘት በቂ መረጃ በማግኘት የተሰጠ ፈቃደኝነት መግለጫ

ከአገልግሎት አቅራቢው ዘንድ በአካል በመቅረብም ይሁን ወይም በቴሌ ሕክምና ጉብኝት በፌዴራል ሚሽን የጤና ጣቢያ ለሚቀርብልኝ ምርመራ፣ እንክብካቤ፣ ወይም ሕክምና ፈቃደኝነቴን የሰጠሁ ሲሆን ይህን ፈቃደኝነት በጽሑፍ እስካልሰረዘኩት ጊዜ ድረስ ጸንቶ ይቆያል።

ለከፍቶ ሲባል ገቢዬንና የሕክምና ኢንሹራንስ መረጃ እንዳቀርብ የተጠየቅሁ ቢሆንም ይህን መረጃ አለማቅረብ እንክብካቤ እና/ወይም ሕክምና ከማግኘት የማይከለክለኝ መሆኑን እገነዘባለሁ።

የምርመራ፣ የእንክብካቤ እና/ወይም የሕክምና አገልግሎት እንዲሰጠኝ ያቀረብኩትን መረጃ ያለው ፈቃደኝነት ለመስጠት የአእምሮ ጤና ብቃት ያለኝ መሆኑን የምገነዘብና የማረጋገጥ ሲሆን ምንም ዓይነት ማስፈራሪያ ወይም ያልተገባ ተጽዕኖ አልደረሰብኝም።

ይህንን መረጃ ያለው ታካሚ ፈቃደኝነት ቅጽ ስፈርም በፌዴራል ሚሽን የጤና ጣቢያ የምርመራ፣ የሕክምና እና/ወይም ሕክምና አገልግሎት እንዲሰጠኝ በመረጃ ላይ የተመረከዘ ፈቃዴን መስጠቴን አውቃለሁ እና እረዳለሁ። በፌዴራል ሚሽን የጤና ጣቢያ በሚገኙ በጎ ፈቃደኛ አገልግሎት ሰጭዎች ድርጊት ወይም ተልዕኮ ሆን ተብሎ በተፈጸመ የሥነ-ምግባር ጉድለት ምክንያት ካልሆነ በስተቀር በሕክምና፣ በጥርስ፣ በአጥንት ሕክምና፣ በዓይን ሕክምና፣ በሥነ ባሕርይ ጤና፣ ወይም በሌላ ማናቸውም ጤና ነክ የሆኑ ክሶችን ጨምሮ ከውል ውጭ የሆነ ኃላፊነት ወይም ሌላ ተመሳሳይ ክስ አላቀርብም።

ምስጢር ስለመጠበቅ እና ምስጢር የመጠበቅ ወሰን ምስጢር መጠበቅን በተመለከተ መላው ሠራተኞቻችን መቻቻዎቹ የጥራት ደረጃዎችን፣ ሕጋዊ እና ሥነ-ምግባራዊ ደረጃዎችን የሚጠብቁና የሚከተሉ ናቸው። በዚህ ላይ ፈርማዬን በማኖር የግድያ፣ ራስን የማጥፋት ሐሳብ ስለመኖሩ እና በሕፃናት ወይም በአዛውንቶች ላይ ጥቃት ወይም ሆነ ብሎ ችላ በማለት ጉዳት እንዲደርስ የማድረግ ድርጊቶችን ለታወቁ ሌሎች አካላት የማስታወቅ የሕግ ግዴታ እና/ወይም ፈቃድ ስለ መኖሩ እረዳለሁ።

የደንበኛው ስም/ፈቃድ የተሰጠው መግለጫው እንዲሰጥ የፈቀደው ሰው

የደንበኛው ፈርማ/ፈቃድ የተሰጠው መግለጫው እንዲሰጥ የፈቀደው ሰው

____/____/____
ቀን

ሠራተኛ/የምስክር ስም

ሠራተኛ/የምስክር ፊርማ

____/____/____
ቀን

HIPAA

HIPAA የታካሚ ፈቃደኝነት መግለጫ ቅጽ

ይህ ማስታወሻ ስለ እርስዎ ያለው የሕክምና መረጃ እንዴት ጥቅም ላይ እንደሚውልና ለሌሎች ሊገለጹ እንደሚችሉ እንዲሁም እርስዎ ይህን መረጃ እንዴት ማግኘት እንደሚችሉ ይገልጻል። አባክዎን በጥንቃቄ ይገምግሙት

የእኛ የግል መረጃ አጠባበቅ አሠራር ማስታወሻ እኛ ጥበቃ የሚደረግለትን የጤና መረጃ እንዴት እንደምንጠቀም እና ለሌሎች እንደምንገልጽ መረጃ ይሰጣል።

የዚህ ማስታወሻ ደንቦች ሊቀየሩ የሚችሉ ናቸው፤ ይህ ሲሆን የእርስዎን ፊርማና ቀኑን ወቅታዊ ለማድረግ በሚቀጥለው ጉብኝትዎ ወቅት እንዲያውቁት ይደረጋል።

ለሕክምና፣ ለክፍያ፣ ወይም ለጤና እንክብካቤ ሥራዎች የእርስዎ የተጠበቀ የጤና መረጃ እንዴት ጥቅም ላይ ሊውል እንደሚችልና ለሌላ ሊገለጽ እንደሚችል ውሱን እንዲሆን ለማድረግ መብት አለዎት። እኛ ለዚህ ውሱንነት ለመስማማት አይጠበቅብንም፤ ነገር ግን ይህን ካደረግን ስምምነቱን ማክበር ይኖርብናል። የHIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) ሕግ መረጃውን ለሕክምና፣ ለክፍያ፣ ወይም ለጤና እንክብካቤ ሥራዎች መጠቀም እንዲቻል ይፈቅዳል።

በዚህ ቅጽ ላይ ፊርማዎን በማኖር የተጠበቀ የጤና አገልግሎት መረጃዎን እንድንጠቀምበት እና ለሌላ እንድንገልጽ እና ማንነትዎን ሳንገልጽ ለሳትመት ለመጠቀም እንድንችል ተስማምተዋል። በጽሑፍ በማስፈርና ፊርማዎን በማኖር ይህን ፈቃደኝነትዎን መሰረዝ ይችላሉ። ሆኖም ፈቃደኝነትን የማንሳት ሁኔታ ወደኋላ ሄዶ ተፈጻሚ አይሆንም።

- አገልግሎት አቅራቢው ለኢንሹራንስ/ክፍያ ዓላማ፣ የጤና አገልግሎት ሥራ ወይም የአእምሮ ጤና እና አደንዛዥ ዕጽ መጠቀም (በእኔ ሕክምና ውስጥ ተሳታፊ በሆኑ ሌሎች የጤና አገልግሎት አቅራቢዎች የሚደረግ ቀጥተኛ ወይም ቀጥተኛ ያልሆነ ሕክምናን ጨምሮ) በእኔ ላይ የሚደረጉ ምርመራዎች እና ሙከራዎችን ለመገምገም እና/ወይም ለማንጻጸር ሲባል የሕክምና ማሳደሮቼን ቅጂዎች ለማግኘት እና/ወይም ለማናቸውም ሐኪም ወይም ተቋም ለመስጠት ያለው መብት የተጠበቀ ነው።
- አገልግሎት አቅራቢው ሕግ በሚፈቅደው መሠረት የግላዊነት ፖሊሲውን ለመቀየር ያለው መብት የተጠበቀ ነው።
- ታካሚው የመረጃውን ጥቅም ውሱን ለማድረግ መብት ያለው ቢሆንም አገልግሎት አቅራቢው በእነዚህ ውሱንነቶች ላይ የግድ መስማማት አይኖርበትም።
- ታካሚው ይህን ፈቃደኝነት በማናቸውም ጊዜ በጽሑፍ የማንሳት መብት ያለው ሲሆን ሁሉም ሙሉ መግለጫዎች ይቋረጣሉ።

ይህ ፈቃደኝነት ፊርማ አርፎበታል (አባክዎን ስም ይጻፉ)፦ _____

ፊርማ፦ _____ ቀን፦ _____
 የታካሚው ወይም የታካሚው ተወካይ ፊርማ

ምስክር፦ _____ ቀን፦ _____

እንዲያጥር ያልተደረገ የHIPAA የግላዊነት ትግበራ ማስታወሻዎችን ቅጂ እንዲደርሱዎት ከፈለጉ አባክዎን ሠራተኞችን ይጠይቁ።