



LSS ጤና ጣቢያ
 245 N ግራንት አሽኑ
 ኮሎምቢያ ኦሃዮ 43215
 ስልክ: (614) 224-0747
 ፋክስ: (855) 208-4527

የታካሚ ምዝገባ

ቀን:-

የታካሚ መረጃ

ሙሉ ስም:-

የአያት ስም _____ መጠሪያ ስም _____

ቀን:-

የአባት ስም

የሚመርጡት መጠሪያ ስም:- _____ የሚመርጡት ቅጽል ስም? _____

አድራሻ:-

የጎዳና አድራሻ _____ የአፓርታሜንቶች ቁጥር:- _____

ከተማ

ስቴት

ዚፕ ኮድ

ስልክ:- _____ ሞባይል ስልክ:- _____

የትውልድ ቀን:- _____ የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር:- _____

አሜይል:-

የአደጋ ጊዜ ተጠሪ አድራሻ መረጃ

የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስም:- _____ ስልክ ቁጥር:- _____

ከአደጋ ጊዜ ተጠሪ ጋር ያለዎት ዝምድና:- _____

ጥበቃ የሚደረግለትን የጤና መረጃዎን ለአደጋ ጊዜ ተጠሪዎ እንድንገልጽ ይፈቅዳሉ? አዎን ሊፈፈልግም

የሥነ ሕዝብ ነክ መረጃ

የጋብቻ ሁኔታ:- ብ(ች) ያብ(ች) በፍርደታ አንድ ላይ የሚኖሩ የተፋታ(ች) ባለቤቱን(ባን) በሞት ያጣ(ች) ሌላ

ዘር:- አፍሪካን አሜሪካን/ጥቁር እስጋዊ የፓስፊክ አይላንደር ነጭ

የአሜሪካ ነባር ቀደምት ነዋሪ ሌላ- _____

ዝርያ (እባክዎን አንዱን ይምረጡ):- የላቲኖ ሲስፓኒክ ሂስፓኒክ ይህም ላቲኖ ያልሆነ

የሚናገሩት አፍ መፍቻ ቋንቋ:- እንግሊዘኛ ስፓኒሽ ዓረብኛ ጌንጋሊ

ሌላ:- _____

አስተርጓሚ ይፈልጋሉ? አዎ አልፏል



LSS ጤና ጣቢያ
 245 N ግራንት አሼኑ
 ኮሎምቢያ ኦሃዮ 43215
 ስልክ: (614) 224-0747
 ፋክስ: (855) 208-4527

የኢንሹራንስ መረጃ

በአሁኑ ወቅት የጤና ኢንሹራንስ አለዎት? አዎ የላኝ

መልስዎ የላኝም ከሆነ ኢንሹራንስ ለማግኘት እርዳታ ይፈልጋሉ? አዎን አልፈልግም

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:- _____ ጊዮዊ 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? አዎን 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 መሳሰይ ጾታ ጋር ግንኙነት ፈጻሚ ከተቃ ጾታ ጋር የሚገናኝ አለውቅም

ለመግለጽ አልፈልግም

ጾታ ማንነት:- ወንድ ሴት 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? _____



LSS ጤና ጣቢያ
 245 N ግራንት አሺኑ
 ኮሎምቢያ፣ ኦሃዮ 43215
 ስልክ: (614) 224-0747
 ፋክስ: (855) 208-4527

የቤተሰብ ብዛት እና የገቢ መግለጫ

ስም:-	ቀን:-
------	------

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

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

ከኮሚሽን፣ ከጉርሻ፣ ከባንክ፣ ከክፍያ የሚገኝ ገቢን ጨምሮ ከሥራ ቅጥር የሚገኝ ደመወዝ	እኔ	\$ _____
	ባለቤት	\$ _____
	ዘመድ	\$ _____
	ዝምድና የሌለን ዐዋቂ ሰው	\$ _____
ከሥራ ማጣት፣ ከአካል ጉዳት ወይም ከሌላ መንግሥታዊ ድጋፍ የሚገኙ ክፍያዎች		\$ _____
የግል ሥራን ጨምሮ የንግድ 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 የገለጹት መረጃ እኔ እስከማውቀው ድረስ እውነተኛ እና ትክክለኛ መሆኑን አረጋግጣለሁ። በተጨማሪም ፈርማው(ዋ) ከዚህ በታች የተመለከተው ሐሰተኛ የሆነ ማንነት መግለጽ የማይጠበቅ ድርጊት መሆኑን ይረዳል (ትረዳላች)። ሐሰተኛ፣ አሳሳች፣ ወይም ያልተሟላ የገቢ መረጃ መስጠት የአገልግሎት መቋረጥ ሊያስከትል ይችላል።

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



LSS ጤና ጣቢያ
 245 N ግራንት አሺኑ
 ኮሎምቢያ፣ ኦሃዮ 43215
 ስልክ: (614) 224-0747
 ፋክስ: (855) 208-4527

ሕክምና ለማግኘት በቂ መረጃ በማግኘት የተሰጠ ፈቃደኝነት መግለጫ

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

ለክፍያ 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 በፌይዝ ሚሽን የጤና ጣቢያ የምርመራ፣ የሕክምና እና/ወይም ሕክምና አገልግሎት እንዲሰጠኝ በመረጃ ላይ የተመረከዘ ፈቃዴን መስጠቴን አውቃለሁ እና እረዳለሁ። በፌይዝ ሚሽን የጤና ጣቢያ በሚገኙ በጎ ፈቃደኛ አገልግሎት ሰጪዎች 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 ሙያዊ የጥራት ደረጃዎችን፣ ሕጋዊ እና ሥነ-ምግባራዊ ደረጃዎችን የሚጠብቁና የሚከተሉ ናቸው። በዚህ ላይ ፊርማዬን በማኖር የግድያ፣ ራስን የማጥፋት ሐሰብ 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 ፊርማ/ፈቃድ የተሰጠው መግለጫው እንዲሰጥ የፈቀደው ሰው

____/____/____
 ቀን

 ሠራተኛ/የምስክር ስም

 ሠራተኛ/የምስክር ፊርማ

____/____/____
 ቀን



LSS ጤና ጣቢያ
 245 N ግራንት አቪኑ
 ኮሎምቢያ ኦሃዮ 43215
 ስልክ: (614) 224-0747
 ፋክስ: (855) 208-4527

HIPAA

HIPAA የታካሚ ፈቃደኝነት መግለጫ ቅጽ

ይህ ማስታወሻ ስለ እርስዎ ያለው የሕክምና መረጃ እንዴት ጥቅም ላይ እንደሚውልና ለሌሎች ሊገለጽ እንደሚችል እንዲሁም እርስዎ ይህን መረጃ እንዴት ማግኘት እንደሚችሉ ይገልጻል። እባክዎን 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 እንደሚችል 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 ለጎትመት 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 (እባክዎን ስም ይጻፉ)፡- _____

ፊርማ፡- _____ ቀን፡- _____
 የታካሚው ወይም የታካሚው ተወካይ ፊርማ

ምስክር፡- _____ ቀን፡- _____

እንዲያጥር ያልተደረገ የHIPAA የግላዊነት ትግበራ ማስታወቂያዎችን ቅጂ እንዲደርስዎት ከፈለጉ እባክዎን ሠራተኞችን ይጠይቁ።