DC HEALTH

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

የኮሎምቢያ ዲስትሪክት

ሁሉ-አቀፍ ትምህርት ቤት
መሰረት ያደረገ የጤና
ማዕከል ቅጽ

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

የጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት

ተማሪ የሚከታተለውን/የምትከታተለውን የትምህርት ቤት ይምረጡ፥

☐ አናኮስቲያ SHS ☐ ባሉ SHS ☐ ካርዶዞ EC ☐ ኩሊጅ SHS ☐ ደንባር SHS ☐ ዉድሰን SHS ☐ ሩዝቬልት SHS

የተማሪ መረጃ

የተማሪ የአያት ስም፥_______________________________________

የተማሪ የመጀመሪያ ስም፥_______________________________________

የትውልድ ቀን፥ ___________/___________/___________
ወር ቀን ዓመት

የተማሪ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር፥ ________-________-________

ጾታ፥ ☐ ወንድ ☐ ሴት ☐ ሌላ ክፍል ________

ብሄር፥ ☐ ሂስፓኒክ ☐ ጥቁር ☐ ነጭ ☐ አሜሪካዊ ኢንዲያ
☐☐☐☐☐☐ ኤሽያዊ/የፓሲፊክ አይላንደር ☐ ሌላ ________________

የተማሪ አድራሻ፥ ____
____

SBHC የተማሪው/ዋ መደበኛ ሀኪም ይሆናል? ☐ አዎ ☐ አይ

አይ ካልሆነ፣ የተማሪው/ዋ መደበኛ ሀኪም ማን ነው ወይም ማን ይሆናል?

ስም፥ ____

ስልክ፥ ____

አድራሻ፥ ____

የወላጅ/ሞግዚት መረጃ

እናት

የአያት ስም፥ ____________________ የመጀመርያ ስም፥ ____________________

አባት

የአያት ስም፥ ____________________ የመጀመርያ ስም፥ ____________________

ህጋዊ አሳዳጊ፣ የሚመለከተው ከሆነ

የአያት ስም፥ ____________________ የመጀመርያ ስም፥ ____________________

ህጋዊ አሳዳጊ ከተማሪ ጋር ያላቸው ዝምድና

☐ አያት ☐ አክስት ወይም አጎት ☐ ሌላ፥ ________________

የወላጅ ወይም አሳዳጊ የመገኛ መረጃ

የቤት ስልክ ቁጥር፥_________ የሥራ ስልክ ቁጥር፥________

የሞባይል ስልክ፥ __________

ተጨማሪ የድንገተኛ ጊዜ ተጠሪ

ስም፥ ____

ከተማሪው/ዋ ጋር ያላቸው ዝምድና፥

____

የመድን መረጃ

ልጅዎ የMedicaid ሽፋን አለው/አላት?

☐ አይ ☐ አዎ፥ የMedicaid መታወቂያ ቁጥር፥ ________________________

የትኛው እቅድ?

☐ AmeriHealth Caritas DC
☐ MedStar Family Choice DC
☐ Health Services for Children with Special Health Care Needs (ልዩ ፍላጎት ላላቸው ህጻናት የጤና አገልግሎቶች)
(HSCSN)

ልጅዎ በአሰሪዎ ወይም
በሌላ ማንኛውም የጤና መድን ዓይነት በኩል ሽፋን አለው/አላት?

☐ አይ ☐☐አዎ፥ የጤና እቅድ፥ ___________________________ የአባል መታወቂያ ቁጥር/ፖሊሲ ቁጥር፥ ______________________________ የጤና መድን ስልክ፥ ________

ልጅዎ የጤና መድን ከሌላቸው፣ የጤና መድን ማግኘት በተመለከተ ለእርዳታ የክሊኒካል የጉዳይ አስተዳዳሪ እንዲያነጋግርዎት ይፈልጋሉ? ☐ አዎ ☐ አይ

ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች

ልጄ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና መምሪያ (ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ዲፓርትመንት ኦፍ ሄልዝ) (DC Health) እና የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የህዝብ ትምህርት ቤቶች (ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ፐብሊክ ስኩልስ) (DCPS) በጸደቀው የትምህርት ቤት የጤና ፕሮግራም አካል ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል ውስጥ ፍቃድ ባላቸው የጤና ባለሙያዎች የሚሰጡ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን እንዲቀበል/እንድቀበል እስማማለሁ። ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል በህግ መሰረት ምስጥራዊነትን እንደሚያረጋግጥ፣ እና ተማሪዎች በምክር እና የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች ውስጥ ወላጆቻቸውን ወይም አሳዳጊዎቻቸውን እንዲያሳትፉ እንደሚበረታቱ እረዳለሁ። ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል አገልግሎቶች የሚከተሉትን ያካትታሉ፣ ግን በእነዚህ አይገደቡም፤

1. የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች፣ ለማየት፣ መስማት፣ አስም፣ ውፍረት፣ እና ሌሎች የህክምና ሁኔታዎች መመርመር፣ የመጀመሪያ እርዳታ፣ እና የሚያስፈልጉ እና የሚመከሩ ክትባቶችን ጨምሮ።
2. ሁለንተናዊ አካላዊ ምርመራ (የተሟላ የህክምና ምርመራ) ለትምህርት ቤት፣ ኮሌጅ፣ የቀን ውሎ እንክብካቤ፣ ስፖርቶች፣ ሥራ ቦታ፣ እና አዲስ ምዝገባዎች የሚደረጉትን ጨምሮ።
3. እንደ ደም ማነስ፣ ሲክል ሴል፣ እና ስኳር በሽታ ዓይነት በህክምና የሚታዘዙ የላቦራቶሪ ምርመራዎች
4. የህክምና እንክብካቤ እና ህክምና፣ የአጣዳፊ እና ስር የሰደደ ህመም እና በሽታ፣ እና መድሃኒቶችን መስጠት እና ማዘዝ።
5. የአዕምሮ ጤና አገልግሎቶች፣ ግምገማ፣ ምርመራ፣ ህክምና፣ እና ሪፈር ማድረግን ጨምሮ።
6. የስነ-መረባት የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶች፣ የመታቀብ የምክር አገልግሎቶች፣ የወሊድ መቆጣጠሪያ ዘዴ ተደራሽነትን ማቅረብ፣ የእርግዝና ምርመራ፣ የSTD ምርመራ እና ህክምና፣ የHIV ምርመራ፣ ሲታዘዝ PAP ስሚርስ መስራት፣ እና ጤናማ ላልሆኑ ውጤቶች ሪፈር ማድረግን ጨምሮ፣ እድሜ ተገቢ እንደሆነ በማየት።
7. አደጋ-ላይ የሚጥሉ ባህሪያትን ለመከላከል የሚጠቅም የጤና ትምህርት እና ምክር፣ የሚከተሉት ዓይነት፣ አደንዛዥ መድሃኒት፣ አልኮል፣ እና ትንባሆ መጠቀም፣ ራስን መቆጠብ፣ እርግዝናን መከላከል፣ በወሲባዊ ግንኙነት የሚተላለፉ ኢንፌክሽኖች፣ እና HIV ላይ ለእድሜ የሚመጥን ትምህርት።
8. ምርመራዎችን፣ ራጅን (x-ሬይስ)፣ የምርመራና የህክምና ሞዳሊቲዎችን የሚያካትት የጥርስ ህክምና፣ ማጽዳትን፣ የላይኛ እና የአካባቢ ማደንዘዣን መስጠት፣ መሙላት፣ እና ማሸጊያዎችን ሊጨምር የሚችል ነው።
9. ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል ውስጥ ለማይሰጡ አገልግሎቶች ሪፈር ማድረግ
10. ዓመታዊ የጤና መጠይቅ/የዳሰሳ ጥናት።

የተገመገመው 4/12/22

እባክዎ በገጽ 2 ላይ ያሉ ሁሉቱንም የፊርማ መስመሮች ይገምግሙ እና ይፈርሙ

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

የኮሎምቢያ ዲስትሪክት

ሁሉ-አቀፍ ትምህርት ቤትን መሰረት
ያደረገ የጤና ማእከል ቅጽ

የጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

የጤና መረጃን ለማውጣት የወላጅ ስምምነት

ከታች ያለው ፊርማየ ትምህርት ቤት መሰረት ባደረገ የጤና ማዕከል የተገኘ የጤና መረጃ ለዲሲ የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና DC Health እንዲለቀቅ ፍቃድ ይሰጣል። ይህ መረጃ ይፋ ከመደረግ በፌዴራል ግላዊነት ህግ እና የዲስትሪክት ህግ ሊጠበቅ ይችላል። በተጨማሪም፣ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል ልዩ ልዩ የጤና መረጃን ለዲሲ የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና DC Health፣ በህግ ወይም በደንብ ስለሚፈለግ ወይም የልጄን ጤና እና ደህንነት መጠበቅ አስፈላጊ ስለሆነ፣ እንዲለቀቅ ፍቃድ እየሰጠሁ ነው።

ልጄ ህክምና እንዲያገኝ/እንድታገኝ የልጄ የጤና መረጃ መለቀቅን መፍቀድ ግዴታ እንደማይሆንብኝ፣ እና በማንኛውም ሀሳቤን መቀየር እና ትምህርት ቤት መሰረት ላደረገ የጤና ማዕከል በመጻፍ ፍቃዱን ማንሳት እንደምችል እረዳለሁ። ይሁን እንጂ፣ መረጃው ከተለቀቀ በኋላ፣ የእኔ ፍቃዱን ማንሳት ከፍቃድ ማንሳት በፊት የተለቀቀውን መረጃ እንደማይሸፍን እረዳለሁ። እንዲሁም በዚህ ፍቃድ ስር የተለቀቀ የጤና መረጃ በተቀባይ ዳግም-ሊለቀቅ እንደሚችል እረዳለሁ፣ ይህ አካል ለተቀባይ ወገን ይህ የጤና መረጃ ለልዩ የተገለጸ ዓላማ ዳግም-እንደተለቀቀ እና ማንኛውም ተጨማሪ ዳግም-መልቀቅ ተጨማሪ ስምምነት እንደሚያስፈልግ የጽሁፍ ማስታወቂያን ያቀርባል።

ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል በጀርባ ገጽ ላይ የተገለጸ/ች ተማሪ ልዩ የህክምና መረጃን ለዲሲ የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና DC Health እንዲለቅ ፍቃድ እሰጣለሁ።

ሪፖርት መደረግ የሚችሉ በሽታዎች እና የተሰጡ ክትባቶች ውጤቶች ለDC Health እና ዲሲ የህዝብ ትምህርት ቤቶች እንደሚሰጡ እረዳለሁ። በተጨማሪም፣ የኬዝ መዝገቦች እና የዳሰሳ መረጃ የታካሚ መረጃ ምስጥራዊነትን በተመለከተ በፌዴራል እና ዲስትሪክት ህጎች መሰረት ለፕሮግራም ግምገማ ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል።

ከታች ያለው የዚህ ቅጽ የጤና መረጃ መለቀቅ ስምምነት ክፍል ውስጥ የተፈረመው የእኔ ፊርማ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማእከል ልጄን የመረመሩ ሌሎች አቅራቢዎችን እንዲያነጋግር እና የመድን መረጃን እንዲያገኝ ስምምነቴን ይሰጣል።

<u>የመረጃ መልቀቅ የሚፈቀድበት የጊዜ ቆይታ፥</u>
ከ፥ ቅጽ የተፈረመበት ቀን **እስከ፥** ተማሪ ትምህርት ቤቱ ውስጥ አባል መሆኑ/ኗ የሚቆምበት ቀን

ትምህርት ቤት መሰረት ለደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች የወላጅ ስምምነት

☐**አዎ፥** በቀደመው ገጽ ላይ የተዘረዘሩ አገልግሎቶችን (ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ ማዕከል የጤና አገልግሎቶች) አንብቤ ተረድቻለሁ እና የእኔ ፊርማ ልጄ በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተማሪ እስከሆነ/ች ድረስ ልጄ በተመረጠው ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል የሚቀርቡ አገልግሎቶችን እንዲቀበል/እንድትቀበል ስምምነትን ይሰጣል። በተጨማሪም፣ የልጄ አካላዊ ጤና ወይም የጥርስ ህክምና ላይ ለውጥ ካለ እና ይህን ስምምነት ልጄ ወክዬ የመስጠት ችሎታዬ ላይ ተጽዕኖ የሚያሳድር ልጄን የማሳደግ መብቴ ላይ ማንኛውም ለውጥ ካለ፣ ትምህርት ቤት መሰረት ላደረገ የጤና ማዕከል በጽሁፍ በፍጥነት ለማሳወቅ እስማማለሁ።

<u>ማሳሳቢያ፥</u> እድሜ ለአዋቂ ያልደረሰ የጤና ስምምነት ደንብ (22-B DCMR 600) መሰረት፣የወላጅ ስምምነት ለ (1) እርግዝና እና ህጋዊ ማቋረጥ፣ (2) አልኮል እና መድሃኒትን ጨምሮ የአደንዛዥ እጽ መጠቀም፣(3) የአዕምሮ ወይም ስሜታዊ ጤና ሁኔታ፣ ወይም (4) በወሲባዊ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች፣ መከላከል፣ ምርመራ ወይም ህክምና አያስፈልግም። በተጨማሪም፣ የወላጅ ስምምነት ለድንገተኛ ሁኔታ የመጀመሪያ እርዳታ ህክምና መተግበር ወይም የተማሪ ጤና አደጋ ላይ ሲሆን አገልግሎቶችን ለመስጠት አያስፈልግም። የወላጅ ስምምነት 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ለሆኑ ተማሪዎች ወይም በህግ ነጻ ለወጡ ተማሪዎች አያስፈልግም።

እኔ እነሆ እውቅና እሰጣለሁ እና እስማማለሁ፣ በዲሲ ይፋዊ ኮድ ክፍል 38-651.11 ውስጥ እንደቀረበው፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤት፣ ሰራተኞቹ እና ኤጀንቶቹ፣ ስራ ላይ ያለው ሀኪምን፣ የሀኪም ረዳትን ወይም የላቀ ስራ ላይ ያለ ነርስን የሚጨምር፣ በዲሲ ይፋዊ ኮድ ክፍል 38-651.01 et seq. ስር የተሰጣቸውን ሀላፊነቶችን በመልካም እምነት ከመፈጸማቸው ጋር ለተያያዙ ወይም ለተነሱ ማንኛውም እርምጃዎች ወይም መታለፎች ከሲቪል ተጠያቂነት ነጻ ይሆናሉ፣ የወንጀል እርምጃዎች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከባድ ቸልተኝነት፣ ወይም በፍላጎት የሚደረግ የስነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ ተማሪው/ዋ የጤና አገልግሎቶችን ከመቀበሉ/ሏ በፊት መሞላት እና መግባት እንዳለበት እረዳለሁ።

☐**አይ፥** ልጄ የ SBHC አገልግሎቶችን እንዲቀበል/እንድትቀበል ፍቃድ <u>አልሰጥም።</u>

X ____ ______________

የወላጅ/አሳዳጊ ፍርማ *(ወይም ተማሪ፣ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ ወይም በሌላ መንገድ በህግ የተፈቀደ ከሆነ)* **ቀን**

የጤና መረጃን ለማውጣት የወላጅ ስምምነት

በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን የጤና መረጃ መልቀቂያን አንብቤያለሁ እናም እረዳለሁ። የእኔ ፊርማ የህክምና መረጃን እንደተገለጸው ለመልቀቅ መስማማቴን ያሳያል።

X ____ ______________

የወላጅ/አሳዳጊ ፍርማ *(ወይም ተማሪ፣ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ ወይም በሌላ መንገድ በህግ የተፈቀደ ከሆነ)* **ቀን**

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

የተማሪ ጤና ትምህርታዊ መዝገቦች የማጋራት ስምምነት

የቤተሰብ ትምህርታዊ መብቶች እና ግላዊነት ሕግ (FERPA) የተማሪ ትምህርታዊ መዝገቦችን ግላዊነት የሚጠብቅ የፌዴራል ሕግ ነው። የዚህ ስምምነት ዓላማ ከልጅዎ ጋር የሚሰሩ ቁልፍ ትምህርት ቤትን መሠረት ያደረጉ የሠራተኛ አባላት *(እንደ ርዕሰ መምህር፣ የትምህርት ቤት ነርስ፣ የነርስ ጉዳይ አስተዳዳሪዎች፣ 504 አስተባባሪዎች እና የልዩ ትምህርት ሠራተኞች አባላት)* ከውጭ ከጤና ጋር ለተዛመዱ ኤጀንሲዎች እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች፣ ትምህርት ቤትን መሠረት ያደረጉ የጤና ማዕከሎች *(በትምህርት ቤትዎ ውስጥ አንድ የሚገኝ ከሆነ)* ለማጋራት ለመፍቀድ ነው። ከዚያ እነዚህ የሠራተኞች አባላት እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ለልጅዎ ከጤና ጋር የተዛመዱ አገልግሎቶችን በተሻለ ሁኔታ ማስተባበር ይችላሉ። የተቀናጁ አገልግሎቶች የልጅዎ ፍላጎቶች መሟላታቸውን እና እሱ/እሷ በትምህርት ቤቱ የመማሪያ አካባቢ ውስጥ ሙሉ በሙሉ እንዲሳተፉ በተሻለ ሁኔታ ያረጋግጣሉ። **በዚህ ስምምነት ከተስማሙ እባክዎን ይሙሉ፣ ይፈርሙ እና ወደ ልጅዎ ትምህርት ቤት መዝገብ ቤት ይመልሱት።**

______________________ (የተማሪ/የልጅ ስም)	______________________ (የትምህርት ቤት ስም)	______________________ (የትውልድ ቀን)
______________________ (ክፍል)	______________________ (የተማሪ መታወቂያ ቁጥር፣ የሚታወቅ ከሆነ)	______________________

1. ከዚህ በታች በክፍል 3 የተገለፀውን ልጄን የሚመመለከቱ ትምህርታዊ መዝገቦችን የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የሕዝብ ትምህርት ቤቶች ለሚከተሉት ኤጀንሲዎች እና ድርጅቶች ለእያንዳንዱ እንዲያጋራ ፈቅጃለሁ፦

*የDC ጤና መምሪያ፣
*የDC የአእምሮ ጤና መምሪያ፣
*የDC የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ፣
*የDC የሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣
*የልጅዎ የጤና እንክብካቤ አቅራቢ(ዎች)፣ እና
*በትምህርት ቤቱ ውስጥ አገልግሎቶችን የሚሰጡ ሌሎች የጤና አገልግሎት ሰጪዎች

2. ይህ መረጃ ለሚከተሉት ዓላማዎች ብቻ ጥቅም ላይ ሊውል እንደሚችል እረዳለሁ፦

* የተቀናጀ የትምህርት እና የጤና ነክ አገልግሎቶችን ማቀድ እና መስጠት፣ እና
* ልጄን የሚያገለግሉ ፕሮግራሞችን እና ለልጄ የሚሰጡትን አገልግሎቶች መገምገም።

3. ከሚከተሉት መዝገቦች እያንዳንዱን ለመጠቀም/ይፋ ለማድረግ ፈቅጃለሁ፦

*የትምህርት ቤት ነርስ መዝገቦች፣
* የIFSP/IEP ሰነዶች፣
* 504 እቅዶች፣
* የክፍል መርሃ ግብር፣
* የክትትል መዝገቦች፣
* በተማሪዎች መዝገቦች ውስጥ የተካተቱ የውጤት ደረጃዎች፣ ምልከታዎች እና ሌሎች ትምህርታዊ መረጃዎች፣
* ወቅታዊ የመድኃኒት ትዕዛዞች (በትምህርት ቤቱ ነርስ የተያዙ)፣
* የዓይን ሕክምና ሪፖርቶች፣
*የኦዲዮሎጂ ሪፖርቶች፣ እና
*የነርሲንግ እንክብካቤ ዕቅድ (እንደ IEP ወይም 504 ዕቅድ አካል)

4. የሚከተሉትን እረዳለሁ፦

* ይህ ፈቃድ መስጠት በፈቃደኝነት ላይ የተመሰረተ ነው፣ እና እኔ ለመፈረም ካልመረጥኩኝ ልጄ የትምህርት አገልግሎቶችን አይነፈግም፣ እና
* እኔ ከፈረምኩ በኋላ የዚህን ቅጽ ቅጂ የመጠየቅ እና በዚህ ስምምነት ስር ይፋ የተደረገ ማንኛውንም መረጃ ለማየት ወይም ለመቅዳት መብት አለኝ።

5. ከላይ ያለውን መረጃ ለመጠቀም/ይፋ ለማድረግ እስማማለሁ። ይህ መረጃ በክፍል 2 ከላይ ከተጠቀሱት ውጭ ለሌላ ዓላማዎች ጥቅም ላይ ሊውል እንደማይችል እረዳለሁ። ይህ ስምምነት በማንኛውም ጊዜ በእኔ በጽሑፍ ሊሻር ይችላል። ይህን ፍቃድ መሻር ስረዛው ከመድረሱ በፊት በተደረጉ ማናቸውም እርምጃዎች ወይም ቀደም ሲል በተጋራው መረጃ ላይ በመመርኮዝ የተወሰዱ እርምጃዎች ላይ ተጽዕኖ እንደማይኖረው ተረድቻለሁ።

______________________ (የወላጅ/አሳዳጊ/ከ 18 ዓመት በላይ የሆነ ተማሪ ፊርማ)	______________________ (ከተማሪው/ዋ ጋር ያለው ግንኙነት)	______________________ (ቀን)

ይህ ፈቃድ መስጠት ከላይ ከተፈረመበት ቀን አንድ ዓመት በኋላ ያበቃል።