

**Government of the District of Columbia (የኮሎምቢያ ግዛት መንግሥት)
School-Based Oral Health Program (ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም)**

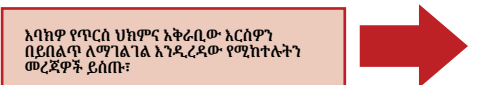
ውድ ወላጅ ወይም ሞግዚት፡

የ District of Columbia Department of Health (ዲ.ሲ. ሄልዝ (DC Health)) (የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና መምሪያ) በ DC School-Based Oral Health Program (SBOHP) (ዲ.ሲ. ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም) አማካኝነት በልጅዎ ትምህርት ቤት/ተቋም ውስጥ የመከላከል የጥርስ አገልግሎቶችን ስፖንሰር ያደርጋል። በዚህ ፕሮግራም አማካኝነት፡ ፍቃድ ያላቸው የጥርስ ህኪሞች እና የነሱ ስራተኞች ለስድስት (6) ወራት የጥርስ ህኪም ጋር ላልሄዱ ተማሪዎች ምርምራዎችን (“ቼክአፖች”) እና ኤክስራዮችን ይሰጣሉ። አገልግሎቶቹ የጥርስ እጥበቶች፣ የፍሎራይድ ህክምናዎች፣ እና መሞላቶች (አስፈላጊ ከሆነ) ያካትታሉ። እንደ መውላት፣ መፈቅፈቆች፣ መርፊዎች፣ የጥርስ ነቀላ፣ ወይም ብሬሶች ያሉ ተጨማሪ አገልግሎቶች ሊያስፈልጋቸው የሚችሉ ልጆች ወደ ጥርስ ሐኪም ቤታቸው ሪፈር ይደረጋሉ። የልጅዎ ጉብኝት መረጃ ለክትትል፣ እና ለፕሮግራም ቁጥጥር አላማዎች ከትምህርት ቤት/ተቋም ተገቢ የግንኙነት ነጥብ ጋር ወይም ከ SBOHP ጋር ይጋራል።

አባክዎ ያስተውሉ፡ ልጆች የጥርስ ህኪማቸውን በየስድስት (6) ወራት መገባደጥ አለባቸው። የ SBOHP አገልግሎቶች የልጅን መደበኛ የጥርስ ህኪም ጉብኝትን ቦታ ሊተኩ አይገባም። የጥርስ ህክምና አቅራቢዎች የጥርስ ህክምና የመድን ሽፋንን እና በትምህርት ቤት/ተቋም ውስጥ የሚመረመሩ የሁሉንም ልጆች የመጨረሻ ጊዜ ጉብኝትን ያጣራሉ፣ እና ለተሰጡ ማንኛውም አገልግሎቶች መድኃኒት ክፍያ ይጠይቃሉ።

የልጅ/የተማሪ መረጃ	
የልጅ ስም፡	
የትውልድ ቀን (ወ/ወ/ቀ/አ/አ)፡	አሁን ያለው የጾታ ማንነት፡
የቤት አድራሻ (መንገድ፣ ከተማ፣ ክልል፣ ዚፕ ኮድ)፡	
ብሄር (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)፡- <input type="checkbox"/> ሂስፓኒክ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ሂስፓኒክ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ	
ዘር (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)፡-	<input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ህንዳዊ/የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> ጥቁር/አፍሪካን አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> የሐዋይ ተወላጅ/የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ላለመመለስ አመርጣለሁ
የትምህርት ቤት/የተቋም ስም፡-	ክፍል፡-
የአስተማሪ ስም፡	
የወላጅ/ የሞግዚት ስም፡	
የሰልክ ቁጥር፡	አማራጭ የሰልክ ቁጥር፡
የአሜይል አድራሻ፡	
የመጨረሻው የጥርስ ህክምና ጉብኝት፡- <input type="checkbox"/> ከ1-3 ወራት በፊት <input type="checkbox"/> 4-6 ወራት በፊት <input type="checkbox"/> ከ6+ ወራት በላይ <input type="checkbox"/> እርግጠኛ አይደለሁም <input type="checkbox"/> በፍጹም	
ዋና የጥርስ ህክምና አቅራቢ፡-	

የጤና መድን ልጅዎ አገልግሎቶችን እንዲያገኝ እርስዎ ከሳጥኖቹ ውስጥ አንዱን መምረጥ እና ተያያዥ መረጃዎችን መስጠት አለብዎ።	
<input type="checkbox"/> ይህ ልጅ የሚከተለው DC Medicaid/ DC Healthy Families የመድን አቅድ፡-	
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas (መታወቂያ ቁጥር፡- <input type="checkbox"/> Amerigroup (መታወቂያ #- <input type="checkbox"/> ልዩ ፍላጎት ላላቸው ህጻናት የጤና አገልግሎቶች (HSCSN) Inc. (መታወቂያ ቁጥር፡-	<input type="checkbox"/> MedStar Family Choice (መታወቂያ ቁጥር፡- <input type="checkbox"/> Medicaid የአገልግሎት-ክፍያ (“Straight Medicaid”) (መታወቂያ ቁጥር፡- <input type="checkbox"/> ሌላ፡-
<input type="checkbox"/> ይህ ልጅ የግል የጥርስ መድን አለው፡- የመድን ኩባንያ፡- አሰሪ፡- የመድን ሽፋን ያለው አዋቂ ስም ፡- የአባል መታወቂያ ቁጥር/ፖሊሲ #-	የመድን ኩባንያ ሰልክ ቁጥር፡- የአሰሪ ሰልክ ቁጥር፡- የመድን ሽፋን ያለው አዋቂ የትውልድ ቀን፡- ቡድን #-
<input type="checkbox"/> ይህ ልጅ ምንም እይነት የጥርስ መድን የለውም።	



**Government of the District of Columbia (የኮሎምቢያ ግዛት መንግሥት)
School-Based Oral Health Program (ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም)**

የተማሪው ወላጅ/አሳዳጊ እንደመሆኑ፣ በ DC Health School-Based Oral Health Program (ዲ.ሲ. ኸልዝ ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም) አማካኝነት እሱ/እሷ የጥርስ ህክምና አገልግሎቶችን እንዲያገኝ/ታገኝ እፈቅዳለሁ። የልጄ ተሳትፎ ለሚከተሉት ነገሮች ፍቃድ እንደሚሰጥ እረዳለሁ፡

- አገልግሎቶች ከመሰጠታቸው በፊት የጥርስ ህክምና አቅራቢው መድኃኒት ማረጋገጥ።
- የጥርስ ህክምና አቅራቢው ከማንኛውም Medicaid ፣ የግል መድኃኒት፣ ወይም ሌሎች ከፋዮች ላይ ክፍያ መጠየቅ እና ክፍያ መሰብሰብ።
- እኔ የግል የጥርስ ህክምና መድኃኒት ካለኝ፣ የጥርስ ህክምና አቅራቢው ለማንኛውም ተቀናሾች እና/ወይ፣ የጋራ ተከፋዮች ቤተሰቡን ክፍያ መጠየቅ።
- የጥርስ ህክምና አቅራቢው የልጄ የጤና እንክብካቤ ጋር ከሚሳተፉ ከ DC Health, DC Department of Health Care Finance፣ Medicaid Managed Care Organizations ፣ እና/ወይም ሌሎች የክሊኒካል አቅራቢዎች ጋር የልጄን የክሊኒካል መረጃ ማጋራት።

በተጨማሪ፣ ከላይ በተዘረዘሩት ተግባሮች አማካኝነት እኔ ላይ ወይም የኔ ወራሾች፣ አሰፈጻሚዎች፣ አሰተዳዳሪዎች፣ ወይም የተመረጡ ሰዎች ላይ ለሚደረገው ማንኛውንም እና ሁሉንም የሚታወቁ ሆነ የማይታወቁ ጉዳዮች ወይም ጥፋቶች፣ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት መንግሥትን እና እሱ በሚመለከት ማንኛውም ኤጄንሲ፣ ሰራተኛ፣ መኮንን፣ ወኪል ወይም ተወካዮችን ከሁሉም የመብት ጥያቄዎች፣ ግዴታዎች፣ እርምጃዎች፣ ወይም ውሳኔዎች ለመልቀቅ፣ ከካሳ እና ከሃላፊነት ነጻ ለማድረግ እስማማለሁ። **ይህን የፍቃድ ቅጽ ባልፈረም፣ የኔ ልጅ በዚህ ፕሮግራም የሚሰጡትን ማንኛውም አገልግሎቶችን እንደማያገኝ እረዳለሁ።**

ለDC Health የአፍ ጤና ፕሮግራም (2201 Shannon Place SE 5th Floor, Washington, DC 20020) የጽሁፍ ማስታወቂያ በመሰጠት ወይም በ doh.oralhealth@dc.gov በተጨማሪ ይህ መሻሪያ እስኪሰጥ ድረስ፣ ፍቃዱ ከተፈረመበት ጊዜ አንስቶ ለአንድ የካላንደር አመት ፍቃድ የተሰጠባቸው አገልግሎቶች ስራ ላይ እንደሚሆኑ፣ እና የልጄ መረጃ ከላይ በተገለጹት ወገኖች ለተገለጹት ልዩ አላማዎች መገኘታቸውን እንደሚቀጥሉ እረዳለሁ።

አባዝዎ የጥርስ ህክምና አቅራቢው እርስዎን በይበልጥ ለማገልገል እንዲረዳው የሚከተሉትን መረጃዎች ይሰጡ፡

<p>የሜዲካል መረጃ ልጅዎን የሚመለከት እያንዳንዱን ሁኔታ ይምረጡ እና በተሰጠው ክፍት ቦታ ያብራሩ።</p>
<input type="checkbox"/> የጥርስ ችግሮች
<input type="checkbox"/> የልብ ችግሮች /የደም ሀይል ምትኮች/መተላለፊያዎች
<input type="checkbox"/> አሰም/የመተንፈስ ችግሮች
<input type="checkbox"/> የሚጥል በሽታ/መንቀጥቀጦች
<input type="checkbox"/> አለርጂዎች <input type="checkbox"/> የጎማ ዛፍ ወተት አለርጂ <input type="checkbox"/> የአናናስ ዘር አለርጂ <input type="checkbox"/> አክሪሊክ አለርጂ <input type="checkbox"/> ሌላ
<input type="checkbox"/> ባሁን ጊዜ የሚወሰዷቸው መድሀኒቶች
<input type="checkbox"/> ቅድመ መድሀኒት እንቲባዮቲክስ ያሰፈልጋል
<input type="checkbox"/> ሌሎች የጤና ችግሮች (የሰኳር በሽታ፣ የመድማት ችግሮች፣ ተላላፊ በሽታዎች፣ ወዘተ ።)
የልጄ ዋና የእንክብካቤ ሀኪም እና/ወይም አቅራቢ (የሚመለከተው ከሆነ)፡

እኔ በዚህ ገጽ ጀርባ ያለውን ማስታወቂያ እንብብያለሁ እና የሰምምነት ቃላቶቼን ተረድቻለሁ እና እስማማለሁ። በመፈረም ፣ እኔ በ DC Health School-Based Oral Health Program (ዲ.ሲ. ጤና ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም) አማካኝነት ልጄ አገልግሎቶችን እንዲያገኝ በመረጃ ላይ የተመሰረተ ፈቃዱን እሰጣለሁ።

ወላጅ/ሞግዚት ፊርማ፡- _____ ቀን፡- _____