

የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ፕሮግራም

የተማሪ የጤና አገልግሎቶችን የሚገዙ ፖሊሲዎችን እና ሂደቶችን በጥንቃቄ ከገመገሙ በኋላ፣ እባክዎ ከታች ያለውን ቅጽ ይሙሉ እና በዚህ ሰነድ ውስጥ የሚገኙትን አስፈላጊ ስምምነቶች ይፈርሙ። ይህ የሚያስፈልገው አርስዎ (እድሜዎ 18 አመት ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ተማሪ ከሆኑ) ወይም ልጅዎ የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ፕሮግራም እንዲሳተፍ ነው። እባክዎ የተጠናቀቀውን ሰነድ ለልጅዎ ትምህርት ቤት ሬጅስትራር ያስገቡ።

የታማሚ የግል መረጃ በ ወላጅ/ሞግዚት/ተማሪ (አሰራ ምንት (18) ዓመት ዕድሜ ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ) ይሞላል።				
የተማሪ የአያት ስም፦		የተማሪ የመጀመሪያ ስም፦		የትውልድ ቀን፦
የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም፦				
የቤት አድራሻ፦	አፓርታማ፦	ከተማ፦	ስቴት፦	ZIP (ዚፕ)፦
የብሔር ውክልና፦ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)				
<input type="checkbox"/> ሂስፓኖሊክ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> ሂስፓኒክ-ያልሆነ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ላለመመለስ አመርጣለሁ				
ዘር፦ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)				
<input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ህንዳዊ/ የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> አስያዊ <input type="checkbox"/> ጥቁር/አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> የሃዋይ ተወላጅ/ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ላለመመለስ አመርጣለሁ				
የወላጅ/አሳዳጊ መረጃ				
ወላጅ/የአሳዳጊ ስም 1፦		ወላጅ/የአሳዳጊ ስም 2፦		
ስልክ፦	ኢሜይል፦	ስልክ፦	ኢሜይል፦	
ከተማ ጋር ያላቸው ዝምድና፦		ከተማ ጋር ያላቸው ዝምድና፦		
የወላጅ/የአሳዳጊ ስልክ ቁጥር፦		የወላጅ/የአሳዳጊ ስልክ ቁጥር፦		
የአደጋ ጊዜ አድራሻ ስም፦ ከተማ ጋር ያለ ግንኙነት፦		የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስልክ ቁጥር፦		
የመድን መረጃ				
የመድን ዓይነት፦		የመድን ስም/መታወቂያ ቁጥር ።፦		
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> የግል <input type="checkbox"/> አንድም		የመድን አቅድ፦		
ልጅዎ የጤና መድን ከሌላቸው፣ የጤና መድን ማግኘት በተመለከተ ለአርዳታ የክሊኒካል የጉዳይ አስተዳዳሪ እንዲያነጋግርዎት ይፈልጋሉ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም				
የመጀመሪያ ደረጃ የእንክብካቤ አቅራቢ ስም፦				
የመጀመሪያ ደረጃ የእንክብካቤ አቅራቢ ድርጅት እና አድራሻ፦				
የመጀመሪያ ደረጃ የእንክብካቤ አቅራቢ ስልክ፦				

የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች የፕሮግራም ፖሊሲዎች እና ሂደቶች

- ተማሪዎች በኮሎምቢያ ዲስትሪክት (ዲስትሪክት) ህጎች እና መመሪያዎች እና በዲስትሪክት ጤና መምሪያ (DC Health) የትምህርት ቤት ጤና አገልግሎቶች ፕሮግራም (SHSP) መመሪያዎች እና የአሰራር ሂደቶች መሰረት ከትምህርት ቤት ነርስ፣ ከትምህርት ቤት የጤና ክፍል ሰራተኞች፣ ወይም የሰለጠኑ የትምህርት ቤት ሰራተኞች እንክብካቤ ሊያገኙ ይችላሉ።
- በ SHSP ውስጥ ለመሳተፍ፣ የተማሪው የህክምና እንክብካቤ አቅራቢ የልጅን የጤና መረጃ፣ የሁለንተናዊ የጤና የምስክር ወረቀት ጨምሮ፣ ግን በእነዚህ ያልተገደበ፣ ለልጅ ትምህርት ቤት በኤሌክትሮኒክ መንገድ እንዲልክ ለመፍቀድ ፈቃድ መስጠት እንዳለብኝ እረዳለሁ። በልጅ ትምህርት ቤት ውስጥ ለልጅ የሚሰጠውን እንክብካቤ በተመለከተ የልጅን እንክብካቤ ለማስተባበር እና ለዲስትሪክት-አቀፍ የውሂብ አሰባሰብ አላማ፣ ለምሳሌ አስምን ወይም ሌሎች በዲስትሪክቱ ውስጥ ያሉ የጤና ዝንባሌዎችን ለመቆጣጠር ከሌሎች የዲስትሪክት ድርጅቶች ጋር ሊጋራ ይችላል።
- የልጅ ጤና መረጃ ሁልጊዜ የሚከማች እና የሚተላለፈው በዲስትሪክት እና በፌዴራል ህጎች እና ደንቦች መሰረት ነው፣ የ1974 የቤተሰብ ትምህርት መብቶች እና ግላዊነት ህግ (FERPA)፣ የ1996 የጤና መድሃኒት ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ (HIPAA)፣ የጤና መረጃ ቴክኖሎጂ ለኢኮኖሚያዊ እና ክሊኒካዊ ጤና (HITECH) ህግ እና የዲ.ሲ. ሕግ 18-273፣ የ2010 ይውሂብ-ማጋራት እና መረጃ ቅንጅት ማሻሻያ ሕግ (የD.C. አፊሴላዊ ኮድ § 7-241 et seq.) ጨምሮ፣ ግን በእነዚህ ብቻ አይገደብም።
- ዕድሜው አሥራ ስምንት (18) ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ተማሪ፣ ወይም ነጻ የወጣ እድሜ ለአቅሙ-አዳም ያልደረሰ ልጅ፣ በዲሲ አፊሴላዊ ኮድ sec. 7-1231.02 (10) እንደተተረጎመው፣ ለራሳቸው ይህን ቅጽ ሊሞሉ ይችላሉ እና ለማንኛውም የትምህርት ቤት አገልግሎቶች በህግ ሊሰማሙ ይችላሉ።
- እድሜው ለአዋቂ ላልደረሰ ጅ እድሜ ለአዋቂ ያልደረሰ የጤና ስምምነት ደንብ (22-B DCMR 600.7) መሰረት፣ 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 በህግ ሊሰማማ ይችላል። በተጨማሪም፣ የወላጅ ስምምነት ለድንገተኛ ሁኔታ የመጀመሪያ እርዳታ ህክምና መተግበር ወይም የተማሪ ጤና አደጋ ላይ ሲሆን አገልግሎቶችን ለመስጠት አያስፈልግም።

የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ፕሮግራም እውቅና መስጠቶች እና ስምምነቶች

- ባለፈው የቀን መቁጠሪያ አመት ልጄ አንድ ያላገኘ ከሆነ፣ በቀረበው ሁለንተናዊ የጤና የምስክር ወረቀታቸው መሰረት የልጄ ትምህርት ቤት ወይም የትምህርት ቤት የጤና ስብስብ ሰራተኞች የመስማት እና የማየት ምርመራ እንዲሰጡ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።
- ትምህርት ቤቱ ወይም የትምህርት ቤቱ የጤና ስብስብ ሰራተኞች በዲ.ሲ ኦፊሴላዊ ኮድ § 38-651 እና በድንገተኛ ሁኔታዎች ውስጥ፣ በዲ.ሲ ኦፊሴላዊ ህግ § 38-656 መሰረት፣ በልጄ ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የታዘዘውን መድሃኒት እና/ወይም ህክምና እንዲሰጡ እነሆ ስምምነቴን እሰጣለሁ።

የሚከተሉትን እረዳለሁ፡

- እኔ የሚከተሉትን ጨምሮ ነገር ግን በእነሱ ብቻ ያልተገደቡ፣ የትምህርት ቤት የጤና ቅጾችን የማስገባት ኃላፊነት አለብኝ፣ የመድሃኒት እና የህክምና አሰራር ህክምና እቅድ፣ የአስም የድርጊት መርሃ ግብር፣ የአናፊላክሲስ የድርጊት መርሃ ግብር፣ የአመጋገብ ማስተናገጃ ቅጽ ወይም ልጄ ልዩ የህክምና እንክብካቤ ወይም መድሃኒት የሚያስፈልገው ከሆነ በልጄ የህክምና አቅራቢ የተፈረመ ሌላ ተቀባይነት ያለው የትምህርት ቤት የጤና ቅጽ፣ የተሻሻለ የትምህርት ቤት የጤና ቅጽ ለልጄ በየዓመቱ የማስገባት ኃላፊነት አለብኝ።
- የተሟላ የትምህርት ቤት የጤና ፎርም ላይ የተዘረዘሩትን ማንኛውም አስፈላጊ መድሃኒቶችን ወይም የህክምና ቁሳቁሶችን፣ በዋና ማሸጊያቸው፣ ለት/ቤቱ ነርስ የማምጣት ሀላፊነት አለብኝ። ሁሉም መድሃኒቶች ወይም የህክምና ቁሳቁሶች ደህንነቱ በተጠበቀ የትምህርት ቤት አካባቢ ይከማቻሉ።
- ጊዜው ካለፈበት በአንድ ሳምንት ጊዜ ውስጥ እና የትምህርት አመቱ በተጠናቀቀ በአንድ ሳምንት ውስጥ በትምህርት ቤት የተቀመጡትን ጊዜ ያለፈባቸውን መድሃኒቶች የመሰብሰብ ሀላፊነት አለብኝ። ያልተሰበሰበ መድሃኒት እንደሚወገድ ተረድቻለሁ። የጤና ስብስብ ሰራተኞች ለመድሃኒት ወይም ለህክምና አቅርቦቶች መጥፋት ምንም አይነት ሃላፊነት አይወስዱም።
- በትምህርት እና በህክምና አሰራር የህክምና እቅድ ላይ ለውጦች ከተከሰቱ ወዲያውኑ ለትምህርት ቤቱ የማሳወቅ እና ሁሉንም የተሻሻሉ የትምህርት ቤት የጤና ቅጾችን ለት/ቤቱ የማቅረብ ሀላፊነት አለብኝ። የጤና ቡድኑን ሰራተኞች በቀጥታ ወደ ጤና ክፍሉ በመደወል ወይም የትምህርት ቤቱን ዋና ስልክ ቁጥር በመደወል ማግኘት ይችላሉ።
- ትምህርት ቤቱ ወይም የትምህርት ቤቱ የጤና ሰራተኞች ለልጄ ያልተፈቀደ በራስ መድሃኒት መውሰድ ወይም ህክምናዎች ምንም አይነት ሃላፊነት እንደማይወስዱ ተረድቻለሁ። ልጄ ለአስም ፣ ለአናፊላክሲስ ወይም ለስኳር ህመም ራስን ማከም ወይም በራስ መድሃኒትን መውሰድ የሚችለው ፈቃድ ባለው የህክምና አገልግሎት አቅራቢ እንደታዘዘ እና ከሙሉ የትምህርት ቤት የጤና ቅጽ ጋር በሚስማማ መልኩ እራሱን እንዲታከም ከተፈቀደላቸው ብቻ ነው።
- እኔ እነሆ እውቅና እሰጣለሁ እና እስማማለሁ፣ በዲ.ሲ ኦፊሴላዊ ኮድ sec. 38-651.11፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሰራተኞቹ እና ወኪሎቹ (የትምህርት ቤት ነርሲንግ ሰራተኞችን ጨምሮ) ወይም ተለማማጅ ሐኪም፣ ሐኪም ረዳት ወይም የከፍተኛ ልምድ ነርስ፣ ቋሚ ትእዛዝ የሰጠ፣ በቅን ልቦናቸው ሃላፊነት ከመወጣታቸው ለተነሱ ማንኛውም ድርጊት ወይም ግድፈት ከሲቪል ተጠያቂነት ነፃ መሆን አለባቸው፣ በዲ.ሲ ኦፊሴላዊ ኮድ sec. 38-651.01 et seq. ስር ባለው መሰረት፣ የወንጀል ድርጊቶች፣ ሆን ተብሎ በደል መፈጸም፣ ከባድ ቸልተኝነት፣ ወይም በፍላጎት የሚደረግ በደል ካልሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ ተማሪው/ዋ የጤና አገልግሎቶችን ከመቀበሉ/ሷ በፊት መሞላት እና መግባት እንዳለበት እረዳለሁ።

የተማሪ ስም (የታተመ) _____ ወላጅ/የአሳዳጊ ስም (የታተመ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ/ተማሪ፣ እድሜ 18 ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ። _____ ቀን _____

የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች የቴሌሄልዝ ፕሮግራም ውሎች እና ሁኔታዎች

የትምህርት ቤት ጤና አገልግሎት የቴሌሄልዝ ፕሮግራም ተማሪዎች በትምህርት ቤታቸው በርቀት በህክምና አገልግሎት አቅራቢ እንዲታዩ ያስችላቸዋል። ከዚህ በታች በመፈረም የሚከተለውን ተረድቻለሁ፣ እውቅና ሰጥቻለሁ እናም እስማማለሁ።

- ልጄ እንደ የባህሪ ጤና አቅራቢዎች ካሉ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ጋር በቪዲዮ (የተንቀሳቃሽ ምስል) (ቪዲዮ ኮንፌራንሲንግ) ወይም በስልክ (ቴሌ ኮንፌራንሲንግ) በሚደረገው ቀጠሮዎች ላይ ይሳተፋል/ትሳተፋለች። የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የ በአካል የክትትል ጉብኝት ወይም የአስቸኳይ እንክብካቤ ወይም የድንገተኛ ሁኔታ አገልግሎቶች እንደሚያስፈልጉ ይወስናል።
- የልጄ የጤና እንክብካቤ ቡድን እና አቅራቢ በተጨማሪ፣ የቪዲዮ መሳሪያው ላይ የሚሰሩ እና የተገኘውን ሁሉም መረጃ ምስጢራዊነትን ለመጠበቅ ስልጠና የወሰዱ ግለሰቦችም ሊኖሩ ይችላሉ። ተማሪው የሚከተሉትን የመጠየቅ መብት አለው። (1) የህክምና ታሪክ/አካላዊ ምርመራቸው ላይ ያሉ ልዩ ዝርዝሮችን መተው፤ (2) የህክምና ሰራተኛ ያልሆኑትን ከምርመራ ክፍሉ እንዲወጡ መጠየቅ፤ ወይም (3) ጉብኝቱ በማንኛውም ጊዜ ይቋረጣል።
- ለልጄ የቴሌሄልዝ ቀጠሮን ውድቅ የማድረግ አማራጭ እንዳለኝ እረዳለሁ።
- አቅራቢው ወይም የጤና እንክብካቤ ሰራተኞች ማንኛውም እና ሁሉም መረጃን ከጉብኝቱ ጋር የተያያዙ የህክምና ወጪዎችን ለመክፈል ሃላፊነት ሊኖራቸው ለሚችሉ ለልጄ የጤና መድን እቅድ ወይም ሌላ ማንኛውም ኤጀንት እንዲለቅ ስልጣን እሰጣለሁ። በተጨማሪም የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ቴሌሄልዝ ፕሮግራም ልዩ የህክምና መረጃን ለትምህርት ቤት ባለስልጣናት እና DC Health ስልጣን እሰጣለሁ። በህግ ወይም በደንብ ስለሚፈለግ፣ ወይም የልጄን ጤና እና ደህንነት ለመጠበቅ አስፈላጊ ስለሆነ።
- የእኔ ኢንሹራንስ ለቴሌ ጤና አገልግሎት ሊጠየቅ ይችላል። የመድን መረጃን የመስጠት ሀላፊነት እንዳለኝ ተረድቻለሁ እናም ከዚህ አገልግሎት ለሚመጣ ማንኛውም ተጨማሪ የጋራ ክፍያ ወይም ክፍያ ሀላፊነት እንዳለብኝ ተረድቻለሁ። በማንኛውም የDC Medicaid የሚተዳደር ክብካቤ ድርጅት ተመዝጋቢዎች በቴሌሄልዝ በኩል ለሚቀርቡት ማናቸውም አገልግሎቶች ሂሳብ አያገኙም። ከዚህ ፕሮግራም ጋር የተያያዙ ሁሉም ክፍያዎች በመድህን ኩባንያው የሚወሰኑ ናቸው። ለመጀመሪያ ደረጃ የእንክብካቤ ጉብኝቶች የሚያስፈልገው ማንኛውም የጋራ ክፍያ ለዚህ አገልግሎት ሊተገበር ይችላል። ቴሌሄልዝን ለማቅረብ ማንኛውም ገንዘብ ወይም ጥቅማጥቅሞች ለአቅራቢው ይመደባሉ እና ይተላለፋሉ። ከእኔ የጤና እቅድ፣ Medicaid፣ ወይም ለልጄ የህክምና እንክብካቤ የገንዘብ ሀላፊነት ያለባቸው ሌሎች ሰሰተኛ ወገን የሚገኙ ጥቅማጥቅሞች/ገንዘቦችን ጨምሮ። እኔ ክፍያን ለማረጋገጥ እና እንደ አስፈላጊነቱ ለሌሎች የህዝብ ጤና ዓላማዎች፣ አስፈላጊው ሁሉም መረጃ (የህክምና ሪከርዶችን፣ የክስ ቅጂዎች እና ክፍያ የተጠየቀባቸውን እቃዎች ዝርዝር ቅጂዎችን ጨምሮ፣ ግን በእነዚህ ብቻ ያልተወሰኑ) እንዲሰጥ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።
- በማንኛውም ጊዜ በተሰጡ አገልግሎቶች ካልረካሁ፣ ቅሬታን ለእምባ-ጠባቂ ቡድን ማቅረብ እችላለሁ። በስልክ፣ (202) 724-7491 ወይም በኢሜይል፣ healthcareombudsman@dc.gov አማካኝነት። እንዲሁም ቅሬታዎች መግባት አለባቸው የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ፕሮግራም ፖርታል ፣ <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/> የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ኢሜይል።
- ይህ ስምምነት በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተማሪው/ዋ ተመዝግቦ/ባ ለሚማርበት/ለምትማርበት የጊዜ ቆይታ ተቀባይነት አለው። እንዲሁም ስምምነቴን የሚያቋርጥ የተፈረመበት እና ቀን የተጻፈበት ደብዳቤን ለጤና ቡድን ሰራተኞች በመስጠት በማንኛውም ጊዜ ስምምነቴን የማቋረጥ መብት እንዳለኝ እረዳለሁ።

የተማሪ ስም (የታተመ) _____ ወላጅ/የአሳዳጊ ስም (የታተመ) _____

የወላጅ/አሳዳጊ ፈርማ/ተማሪ፣ እድሜ 18 ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ። _____ ቀን _____