

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 ይፈረሙ። እርስዎ (እድሜዎ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ተማሪ ከሆኑ) ወይም ልጅዎ ለዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ የሕዝብ ትምህርት ቤት (DCPS) ተማሪዎች በሚሰጠው የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎት ላይ እንዲሳተፉ ይህ ያስፈልጋል። እባክዎ የተጠናቀቀውን ሰነድ ለልጅዎ ትምህርት ቤት ፊደልነት ለማስገባት ያስገቡ።

የታማሚ የግል መረጃ በ ወላጅ/ሞግዚት/ተማሪ (አስራ ምንት (18) ዓመት ዕድሜ ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ) ይሙሉል።				
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"/> ሂንድያዊ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> ሂንድያዊ-የልሆን/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ላለመመለስ እመርጣለሁ				
ዘር፦ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)				
<input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ህንዳዊ/ የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> ጥቁር/አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> የሃዋይ ተወላጅ/ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ላለመመለስ እመርጣለሁ				
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 እቅድ፦		
ልጅዎ የጤና መድን ከሌላቸው፣ የጤና መድን ማግኘት በተመለከተ ለእርዳታ 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

- የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የህዝብ ትምህርት ቤት ተማሪዎች በኮሎምቢያ ዲስትሪክት (ዲስትሪክት) ህጎች እና መመሪያዎች እና በዲስትሪክት ጤና ጥበቃ መምሪያ (DC Health) የትምህርት ቤት ጤና አገልግሎት መርሃ ግብር (SHSP) ፖሊሲዎች እና አሰራሮች መሰረት ከትምህርት ቤት ነርስ፣ ከትምህርት ቤት ጤና ስብስብ ሰራተኞች ወይም ከሰለጠኑ የትምህርት ቤት ሰራተኞች እንክብካቤ ሊያገኙ ይችላሉ። SHSP) ፖሊሲዎች እና ሂደቶች።
- በ SHSP ውስጥ ለመሳተፍ፣ የተማሪው የህክምና እንክብካቤ አቅራቢ የልጁን የጤና መረጃ፣ የሁለንተናዊ የጤና የምስክር ወረቀት ጨምሮ፣ ግን በእነዚህ ያልተገደበ፣ ለልጁ ትምህርት ቤት በኤሌክትሮኒክ መንገድ እንዲልክ ለመፍቀድ ፈቃድ መስጠት እንዳለብኝ እረዳለሁ። በልጁ ትምህርት ቤት ለልጁ የሚሰጠውን እንክብካቤ በተመለከተ መረጃ ከሌሎች የዲስትሪክት ኤጀንሲዎች ጋር ሊጋራ ይችላል። ለልጁ እንክብካቤ የማስተባበር ዓላማ እና ለዲስትሪክት አቀፍ መረጃ መሰብሰብ ዓላማ ሲባል፣ ለምሳሌ፣ አስም ወይም ሌሎች በዲስትሪክቱ ውስጥ ያሉ የጤና አዝማሚያዎችን ለመቆጣጠር።
- የልጁ ጤና መረጃ ሁልጊዜ የሚከማች እና የሚተላለፈው በዲስትሪክት እና በፌዴራል ህጎች እና ደንቦች መሰረት ነው። የ1974 የቤተሰብ ትምህርት መብቶች እና ግላዊነት ህግ (FERPA)፣ የ1996 የጤና መድሀን ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ (HIPAA)፣ የጤና መረጃ ቴክኖሎጂ ለኢኮኖሚያዊ እና ክሊኒካዊ ጤና (HITECH) ህግ እና የዲ.ሲ. ሕግ 18-273፣ የ2010 ይውሁብ-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፣ በዲ.ሲ. 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 የአደንዛኸ፣ እጽ መጠቀም፣ (3) የአዕምሮ ወይም ስሜታዊ ጤና ሁኔታ፣ ወይም (4) በወሲባዊ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች መከላከል፣ ምርመራ ወይም ህክምና በህግ ሊሰማሙ ይችላሉ። 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 ያለገኘ 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 እንሆ 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 ማሻጊያቸው፣ 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 እንሆ 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 የፍተኛ ልምድ ነርስ፣ ቋሚ ትእዛዝ የሰጠ፣ በቅን ልቦናቸው ሃላፊነት ከመወጣቸው 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 ችልተኝነት፣ 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 _____



የተማሪ የጤና 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 ቤት ውስጥ አንድ የሚገኝ ከሆነ) ለማጋራት ለመፍቀድ ነው። ከዚያ እነዚህ የሠራተኞች አባላት እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ለልጅዎ ከጤና ጋር የተዛመዱ አገልግሎቶችን በተሻለ ሁኔታ ማስተባበር ይችላሉ። የተቀናጀ የጤና

አገልግሎቶች የልጅዎ የጤና ፍላጎቶች መሟላታቸውን፣ እና ልጅዎ በትምህርት ቤቱ የመማሪያ አካባቢ ሙሉ በሙሉ መሳተፍ እንደሚችል በተሻለ ሁኔታ ያረጋግጣሉ። እባክዎን ተማሪዎች በጤና እንክብካቤ አቅራቢ የታዘዙ፣ ወይም በግለሰብ ደረጃ የትምህርት ፕሮግራም (IEP) ወይም ክፍል 504 እቅድ (የአካል ወይም የአእምሮ ጤና ችግር ላለባቸው ተማሪዎች ተጨማሪ ማመቻቻዎችን ወይም አገልግሎቶችን ለመስጠት በ1973 በወጣው የመልሶ ማቋቋሚያ ህግ ክፍል 504 መሰረት የተዘጋጀ እቅድ) ውስጥ በልዩ ሁኔታ የተገለጹ ተጨማሪ ድጋፎች ሊያስፈልጓቸው እንደሚችሉ ያስተውሉ። ከእነዚህ አገልግሎቶች ውስጥ አንዳንዶቹ በትምህርት ቤቱ ነርስ ላይሰጡ ይችላሉ ወይም በትምህርት ቤቱ የጤና ክፍል ውስጥ ሊገኙ አይችሉም። በዚህ ስምምነት ከተስማሙ፣ እባክዎን ይሙሉ፣ ይፈረሙ እና ወደ ልጅዎ ትምህርት ቤት ሬጅስትራር ይመልሱ።

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

1. ከዚህ በታች በክፍል 3 የተገለጹትን ልጄን የሚመለከቱ ትምህርታዊ መዝገቦችን የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የሕዝብ ትምህርት ቤቶች ለሚከተሉት ኤጀንሲዎች እና ድርጅቶች ለእያንዳንዱ እንዲያጋራ ፈቅጃለሁ።

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

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፣ * በተማሪዎች መዝገቦች ውስጥ የተካተቱ የውጤት ደረጃዎች፣ ምልክታዎች እና ሌሎች ትምህርታዊ መረጃዎች፣
- * PIFSP/IEP ሰነዶች፣ * ወቅታዊ የመድኃኒት ትዕዛዞች (በትምህርት ቤቱ ነርስ የተያዙ)፣
- * P504 እቅዶች፣ * የዓይን ሕክምና ሪፖርቶች፣
- * የክፍል መርሃ ግብር፣ * የአዲዎሎጂ ሪፖርቶች፣ እና
- * የክትትል መዝገቦች፣ * የነርሲንግ እንክብካቤ ዕቅድ (እንደ IEP ወይም 504 ዕቅድ አካል)
- * የባህሪ ጤና ሰነዶች

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 ስረዘው ከመድረሱ በፊት በተደረጉ ማንኛውም 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)
--------------------------------------	------------------------	------



የተማሪ የትምህርት ክትትል መዝገቦችን ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ጋር የማጋራት ስምምነት

በትምህርት እና በጤና ውስጥ የክትትል ትብብር መርጃዎች (CARE-H) ፕሮጀክት በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የህዝብ ትምህርት ቤቶች (DCPS) እና በDCPS ለተመዘገቡ ተማሪዎች ወቅታዊ የህፃናት ብሄራዊ ሆስፒታል ታማሚዎች በአካባቢው የህክምና አገልግሎት ሰጪዎች መካከል ሽርክና ነው። የCARE-H ፕሮጀክት ዓላማው የተማሪን ጤና ለመደገፍ እና መቅረትን ለመቀነስ ነው። ምክንያቱም ጤናማ የሆኑ ተማሪዎች በት/ቤት ገብተው መማር የተሻለ ስለሚችሉ ነው። የ CARE-H ፕሮጀክት እንዲሰራ፣ የDCPS ትምህርት ቤቶች የልጅ ትምህርት ቤት ክትትል ላይ ለልጅ የመጀመሪያ ደረጃ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች መረጃ ማቅረብ አለባቸው።

ይህን ስምምነት በመፈረም፣ የክትትል መረጃን ደህንነቱ በተጠበቀ መልኩ ለልጅዎ ሐኪም(ዎች)፣ ነርስ(ዎች) እና የህክምና ቢሮ ሰራተኞች እንዲያካፍል ለDCPS ፍቃድ ይሰጣሉ። ይህ መረጃ እነዚህ የጤና አጠባበቅ ባለሙያዎች በሚያስፈልግበት ጊዜ ለተማሪዎች እና ለቤተሰቦቻቸው ልዩ ተደራሽነት እና ህክምና እንዲሰጡ ይረዳቸዋል። ይህ ደግሞ ልጄን ጤናማ እና በትምህርት ቤት ስኬታማ ለማድረግ DCPS ከእነዚህ የጤና እንክብካቤ ባለሙያዎች ጋር እንዲሰራ ያስችለዋል። መዝገቦችን የመገምገም እና የእንደዚህ አይነት መዝገቦችን ይዘት የመቃወም መብት እንዳለኝ እውቅና እሰጣለሁ እና እረዳለሁ።

ፈቃዴን በጽሁፍ ካነሳሁ በስተቀር፣ ይህ ፈቃድ በልጄ በDCPS ምዝገባ ይቀጥላል። ፈቃዴን በማንኛውም ጊዜ ማንሳት እችላለሁ። ማስታወሻ፣ DCPS የልጄን የአካዳሚክ ሪከርድ ሌሎች ክፍሎች ከልጄ የሕክምና ቡድን ጋር ለመጋራት ወይም ለመወያየት ከፈለገ፣ ለብቻ የሆነ ፈቃድ እንድሰጥ እጠይቃለሁ።

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 የበህሪ ጤና አቅራቢዎች ካሉ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ጋር በቪዲዮ (የተንቀሳቃሽ ምስል) (ቪዲዮ ኮንፌረንስ) ወይም በስልክ (ቴሌኮንፌረንስ) በሚደረጉ 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 ግለሰቦች 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 በመድሀን 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 ሰስተኛ 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 ካልረከሁ፣ 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 ለሚሰጠው/ለምትሰጠው 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 ፊርማ/ተማሪ፣ እድሜ 18 ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ። _____ ቀን _____