

የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች የቴሌሄልዝ ፕሮግራም ስምምነት ቅጽ
በትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች የቴሌሄልዝ ፕሮግራም መሰረት፣ የሚከተለውን እረዳለሁ፡-

1. ልጄ ከልጆች ብሔራዊ ሆስፒታል እና ሌሎች ሀኪሞች እና እንደ የባህሪ ጤና አቅራቢዎች ካሉ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ጋር በቪዲዮ (የተንቀሳቃሽ ምስል) (ቪዲዮኮንፌራንሲንግ) ወይም በስልክ (ቴሌኮንፌራንሲንግ) በሚደረጉ ቀጠሮዎች ላይ ይሳተፋል/ትሳተፋለች። የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የ በአካል የክትትል ጉብኝት ወይም የአስቸኳይ እንክብካቤ ወይም የድንገተኛ ሁኔታ አገልግሎቶች እንደሚያስፈልጉ ይወስናል።
2. በቴሌሄልዝ ጉብኝት ውስጥ፣ የእኔ ልጅ፣ በሌላ ቦታ ላይ የሚገኝ፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢ ጋር በአንድ ክፍል ውስጥ አይሆንም/አትሆንም። እንዲሁም ለልጄ የቴሌሄልዝ ቀጠሮን ውድቅ የማድረግ አማራጭ እንዳለኝ እረዳለሁ። ይልቅንስ፣ ልጆቼን ለ በአካል ጉብኝት ወይ ጤና እንክብካቤ አቅራቢዎቻቸው መውሰድ እችላለሁ።
3. የቴሌሄልዝ አገልግሎቶች ውስንነቶች መቋረጦች፣ ያልተፈቀደ ተደራሽነት እና የቴክኒካዊ ችግሮችን ሊያካትቱ ይችላሉ። እንዲሁም፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የልጄን የቴሌሄልዝ ጉብኝትን ማቋረጥ እንደሚችል እረዳለሁ፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢው የቪዲዮኮንፌራንሲንግ/ቴሌኮንፌራንሲንግ ግንኙነቶች ምቹ እንዳልሆኑ ከወሰነ።
4. የልጄ የጤና እንክብካቤ ቡድን እና አቅራቢ በተጨማሪ፣ የቪዲዮ መሳሪያው ላይ የሚሰሩ እና የተገኘውን ሁሉም መረጃ ምስጢራዊነትን ለመጠበቅ ስልጠና የወሰዱ ግለሰቦችም ይኖራሉ። ልጆቼ የሚከተሉትን የመጠየቅ መብት እንዳላቸው በተጨማሪ እረዳለሁ፡ (1) በልጄ የህክምና ታሪክ/አካላዊ ምርመራ ላይ ያሉ ልዩ ዝርዝሮችን መተው፤ (2) የህክምና ሰራተኛ ያልሆኑትን ከምርመራ ክፍሉ እንዲወጡ መጠየቅ፤ እና (3) በማንኛውም ጊዜ ጉብኝት ማቆም።
5. ከልጄ የተወሰደ ማንኛውም ቃለ-መጠይቅ ወይም ፎቶግራፍ ለህክምና ዓላማዎች ብቻ ጥቅም ላይ ይውላል እና በአቅራቢው እና የጤና ቡድን ሰራተኞች እንደ ሚስጥራዊ የህክምና መዝገቦች ተደረጎ ይያዛል፣ የፌዴራል እና የዲሲ ህጎች እና ደንቦች ጋር በሚጣጣም መልኩ።
6. ይህን ስምምነት በመፈረም፣ የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች የጤና ቡድን ሰራተኞች ስለ ልጄ የህክምና ሁኔታ እና የህክምና እንክብካቤ በተመለከተ ማንኛውም የህክምና መረጃን ለአቅራቢ፣ ሀኪሞቹ እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎቹ እንዲለቁ ስልጣን እሰጣለሁ። እንዲሁም 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 እንዲለቁ ስልጣን እሰጣለሁ። በተጨማሪም የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ቴሌሄልዝ ፕሮግራም ልዩ የህክምና መረጃን ለትምህርት ቤት ባለስልጣናት እና ዲሲ ሄልዝ ስልጣን እሰጣለሁ። በህግ ወይም በደንብ ስለሚፈለግ፣ ወይም የልጄን ጤና እና ደህንነት ለመጠበቅ አስፈላጊ ስለሆነ።
7. በ MedStar Family Choice፣ AmeriHealth፣ Care First፣ ወይም HSCSN ያሉ ተመዝጋቢዎች በቴሌሄልዝ አማካኝነት ለሚቀርቡ ማንኛውም አገልግሎቶች የክፍያ ደረሰኝ አይቀበሉም። 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።

8. ይህ ስምምነት በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተማሪው/ዋ ተመዝግቦ/ባ ለሚሰጠው/ለምትሰጠው የጊዜ ቆይታ ተቀባይነት አለው። እንዲሁም ስምምነቱን የሚያቋርጥ የተፈረመበት እና ቀን የተጻፈበት ደብዳቤን ለጤና ቡድን ሰራተኞች በመስጠት በማንኛውም ጊዜ ስምምነቱን የማቋረጥ መብት እንዳለኝ አረዳለሁ።

9. በማንኛውም ጊዜ በተሰጡ አገልግሎቶች ካልረከሁ፣ ቅሬታን ለእምባ-ጠባቂ ቡድን ማቅረብ እችላለሁ፣ በስልክ፣ (202) 724-7491 ወይም በኢሜይል፣ healthcareombudsman@dc.gov አማካኝነት። በተጨማሪ በ TelehealthCSS@childrensnational.org ላይ የህጻናት ትምህርት አገልግሎቶች ቡድንን ማነጋገር እችላለሁ። እንዲሁም ቅሬታዎች በሚከተሉት አማካኝነት መግባት አለባቸው፡ ትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ፕሮግራም ፖርታል አማካኝነት በ፡- ፡ <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>

10. አሁን ይህን ሰነድ በጥንቃቄ ስለነበብኩኝ (ወይም እንዲነበብልኝ ካደረኩኝ) በኋላ፣ ልጄ የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ቴሌሄልፕ ፕሮግራም ውስጥ እንዲሳተፍ/እንድትሳተፍ እነሆ አስመዘግባለሁ፣ ከላይ በተገለጹ ውሎች እና ከታች ያለው የስምምነት ቅጽ ይዘት ውስጥ የተያያዘውን የስምምነት ቅጽ በመሙላት እና በመፈረም።

የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች የቴሌሄልዝ ፕሮግራም ስምምነት ቅጽ

እባክዎ ልጅዎ ከትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች ቴሌሄልዝ ፕሮግራም የህክምና አገልግሎቶችን መውሰድ እንዲችሉ ለመፍቀድ የሚከተለውን ቅጽ ይሙሉ። ይህንን መረጃ በማቅረብ፣ ልጅዎ የቴሌሄልዝ አገልግሎቶችን የሚቀበሉባቸው ሁኔታዎችን እንደሚረዱ እና እንደሚስማሙባቸው ያረጋግጣሉ።

የተማሪ የግል መረጃ በወላጅ/አሳዳጊ/ተማሪ የሚሞላ												
የተማሪ የአያት ስም፡		የተማሪ የመጀመሪያ ስም፡			የትውልድ ቀን፡							
የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም፡		ጾታ፡	ወንድ	ሴት	ወንድ ወይም ሴት አይደለም							
የቤት አድራሻ፡-		ተስማሚ፡	ከተማ፡-	ስቴት፡	ZIP (ዚፕ)፡							
ኤትኒክ/የብሄር ስያሜ፡ (ሁሉም የሚመለከቱትን ይምረጡ) <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;">ሂስፓኖ/ላቲኖ</td> <td style="width:25%;">ሂስፓኖ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ</td> <td style="width:10%;">ሌላ</td> <td style="width:40%;">መልስ ላለመስጠት ይምረጡ</td> </tr> </table>							ሂስፓኖ/ላቲኖ	ሂስፓኖ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ	ሌላ	መልስ ላለመስጠት ይምረጡ		
ሂስፓኖ/ላቲኖ	ሂስፓኖ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ	ሌላ	መልስ ላለመስጠት ይምረጡ									
ሬስ/ዘር፡ (ሁሉም የሚመለከቱትን ይምረጡ) <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;">አሜሪካዊ ህንጻች/የአላስካ ተወላጅ</td> <td style="width:10%;">ኤስያዊ</td> <td style="width:20%;">ተወላጅ የሃዋይ/የፓስፊክ አይላንደርስ ነዋሪ</td> <td style="width:15%;">ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካዊ</td> <td style="width:10%;">ነጭ</td> <td style="width:15%;">መልስ ላለመስጠት ይምረጡ</td> </tr> </table>							አሜሪካዊ ህንጻች/የአላስካ ተወላጅ	ኤስያዊ	ተወላጅ የሃዋይ/የፓስፊክ አይላንደርስ ነዋሪ	ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካዊ	ነጭ	መልስ ላለመስጠት ይምረጡ
አሜሪካዊ ህንጻች/የአላስካ ተወላጅ	ኤስያዊ	ተወላጅ የሃዋይ/የፓስፊክ አይላንደርስ ነዋሪ	ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካዊ	ነጭ	መልስ ላለመስጠት ይምረጡ							
የወላጅ/አሳዳጊ/የትዳር አጋር/የሌላ ስም፡			የወላጅ/አሳዳጊ/የትዳር አጋር/የሌላ ስልክ ቁጥር፡									
የወላጅ/አሳዳጊ/የትዳር አጋር/የሌላ ሰው ኢሜይል፡			የወላጅ/አሳዳጊ/የትዳር አጋር/የሌላ አማራጭ ስልክ ቁጥር፡									
የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስም፡			የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስልክ ቁጥር፡									
የመድህን ዋስትና አይነት፡-	Medicaid	የግል	ምንም የለም	የመድን ስም/መታወቂያ ቁጥር #፡								
የተቀዳሚ እንክብካቤ አቅራቢ ስም፣ ድርጅት፣ እና የስልክ ቁጥር (የሚገኝ ከሆነ)												

በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን የጤና መረጃ እና ከቴሌሄልዝ ጉብኝቶች የሚገኝ የጤና መረጃን ለክትትል ዓላማዎች ሲባል በተገቢ ኤጀንሲዎች መካከል ለሚደረገው ቅንጅት እንዲሆን ከተማሪው ትምህርት ቤት እና ከተዛማጅ የ DC መንግስት ኤጀንሲዎች ጋር እንዲያጋራ ለፈረመው ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ ባለሙያ ፍቃድ እሰጣለሁ። እንዲሁም ክፍያን ለማረጋገጥ እና እንዳስፈለገኑ ለሌሎች የህዝብ ጤና ዓላማዎች የሚያስፈልገውን ሁሉም መረጃን (የህክምና መዝገቦች፣ የክስ እና የዝርዝር ክፍያዎች ቅጂዎችን ጨምሮ፣ ግን በእነዚህ ብቻ ያልተወሰኑ) እንዲለቀቅ እፈቅዳለሁ። በተጨማሪም፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሠራተኞቹ እና ኤጀንሲዎቹ በዲ.ሲ. ይፋዊ ኮድ § 38-651 (ዲ.ሲ. ሕግ 17- 107) ስር ለድርጊቶች ወይም መታለፎች ከህግ ተጠያቂነት ነጻ እንደሚሆኑ እውቅና እሰጣለሁ እናም እስማማለሁ፣ የወንጀል ድርጊቶች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከፍተኛ ችልተኝነት፣ ወይም በፈቃድ የሚደረግ የስነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ ተማሪው/ዋ የቴሌሄልዝ ጉብኝቶች ውስጥ መሳተፍ ከመቻሉ/ሷ በፊት መሞላት እና መግባት እንዳለበት እረዳለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ/18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ተማሪ ፈርማ፡- _____ **ቀን፡-** _____

የወላጅ/አሳዳጊ/18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ተማሪ ስም፡- _____

እድሜው ለአዋቂ ያልደረሰ ሰው የጤና ስምምነት አገልግሎቶች

22-B DCMR §600 አስራ ስምንት (18) ዓመት ወይም ከዚያ በላይ የሆነ/ች ሰው ለራሱ/ራሷ፣ ወይም ለልጆቻቸው ወይም የትዳር አጋሮቻቸው ለጤና አገልግሎቶች አቅርቦት ሊስማሙ ይችላሉ።

በተጨማሪም፣ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ፣ በማንኛውም እድሜ ላይ ያሉ እድሜያቸው ለአዋቂ ያልደረሰ ሰዎች ለሚከተሉት የህክምና ሁኔታዎች መከላከያ፣ ምርመራ፣ ወይም ህክምና ለሚጠይቁ የጤና ስምምነት ሊስማሙ ይችላሉ፡ (U) እርግዝና ወይም ህጋዊ ማቋረጫ፣ (A) የአደንዛዥ እጽ መጠቀም፣ የመድሃኒት እና የአልኮልን ጨምሮ፣ ወይም (ሐ) የአዕምሮ ወይም የስሜታዊ ሁኔታ እና በወሲባዊ-ግንኙነት የሚተላለፍ በሽታ።

የተማሪ ፈርማ፡ _____
ቀን፡- _____

የተማሪ ree ስም፡ _____