

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS  
(ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ እቅድ ማመልከቻ መመሪያዎች)

የኮሎምቢያ አውራጃ ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ ድጋፍ እቅድ (HAAP) ስላለዎት ፍላጎት እናመሰግናለን። የማካካሻ ማመልከቻ ለማስገባት ከታች ያሉት መመሪያዎች ናቸው።

ደረጃ 1

የማካካሻ ማመልከቻ ለማስገባት፣ የማመልከቻ ቅጹን ይሙሉ። አመልካቹ ከ 18 ዓመት በታች ከሆነ፣ እባክዎን ለአመልካቹ ሞግዚት መረጃ ለሚጠይቁ ጥያቄዎች ትኩረት ይስጡ።

ክፍል 1፣ አጠቃላይ መረጃ (እባክዎ በግልጽ ይተሙ)

1. ማመልከቻ የገባበት ቀን – የዛሬውን ቀን ያስገቡ። (ወር/ቀን/አመት)
2. የአመልካቹ የመጀመሪያ ስም – የመጀመሪያ ስም ያስገቡ። (ለምሳሌ John)
3. የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል – የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል ያስገቡ። (ለምሳሌ I።)
4. የመጨረሻ ስም – የመጨረሻ ስም ያስገቡ (ለምሳሌ Doe)
5. የትውልድ ቀን – የትውልድ ቀኑን ያስገቡ (ወር/ቀን/አመት)
6. የአመልካቹ እድሜ – የአመልካቹን እድሜ ያስገቡ (ለምሳሌ 6)
7. ፆታ – ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ፆታን ይምረጡ። ለ “ሌላ” እባክዎ ይሙሉ።
8. ዘር – ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ዘርን ይምረጡ።
9. ጎሳ – ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ጎሳን ይምረጡ።
10. ኢሜል አድራሻ – የኢሜል አድራሻን ያስገቡ። (ለምሳሌ 123 Anyroad St, NE)
11. ዚፕ ኮድ – የዚፕ ዚፕ ኮዱን ያስገቡ። (ለምሳሌ 20002)
12. ክፍል – አመልካች የሚኖሩበትን ክፍል ያስገቡ። ያልታወቀ ከሆነ፣ ባዶ ቦታ ይተው። (ለምሳሌ ክፍል 6)
13. የቤት ስልክ – የአመልካቹ የቤት ስልክ ቁጥርን ያስገቡ፣ ከሰራ። (ለምሳሌ 202-123-1234)
14. ሞባይል/ተንቀሳቃሽ ስልክ – የአመልካቹ የሞባይል ስልክ ቁጥርን ያስገቡ። (ለምሳሌ 202.123.4567)
15. የኢሜል አድራሻ – የአመልካቹ የኢሜል አድራሻን ያስገቡ። (ለምሳሌ johndoe@xyz.com)
16. የትምህርት ደረጃ – የአመልካቹን ከፍተኛ የትምህርት ደረጃ ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ወይም ከወረቀት ማመልከቻው ይምረጡ።
17. የስራ ሁኔታ – የአመልካቹን የአሁኑ የስራ ሁኔታ ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ወይም ከወረቀት ማመልከቻው ይምረጡ።
18. የአሁኑ የአሰሪ ስም (ወላጅ/ ሞግዚት መረጃ አመልካቹ ከ 18 አመት በታች ከሆነ) – የአሁኑን የአመልካች አሰሪ ስም ያስገቡ። (ለምሳሌ ABC ማህበር)
19. እዛ ለስንት ጊዜ ያክል ስርተዋል? – አመልካቹ ከአሁኑ አሰሪ ጋር ምን ያክል ጊዜ እንደሰሩ ያስገቡ። (ለምሳሌ 1-2 አመታት)

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

ክፍል 1.A፣ የወላጅ/ሞግዚት መረጃ። አመልካቹ ከ 18 ዓመት በታች ከሆነ፣ እባክዎን ይህንን ክፍል ለወላጅ / ሞግዚት ይሙሉ (እባክዎን በግልጽ ያትሙ)።

- 20. (አመልካቹ ከ 18 አመት በታች ከሆነ )የወላጅ/ሞግዚት ስም - የወላጅ/ሞግዚት ስም። (ለምሳሌ Jane Doe)
- 21. ከ አመልካቹ ጋር ያለው ግንኙነት - ሞግዚቱ ከአመልካቹ ጋር ያለው ግንኙነት ያስገቡ። (ለምሳሌ እናት)
- 22. ሞባይል/ተንቀሳቃሽ ስልክ - የሞግዚቱን ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር ያስገቡ። (ለምሳሌ 202.123.4567)
- 23. የኢሜል አድራሻ - የሞግዚቱ የኢሜል አድራሻን ያስገቡ። (ለምሳሌ johndoe@xyz.com)
- 24. የስራ ሁኔታ - የሞግዚቱን የአሁኑን የስራ ሁኔታ ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ወይም ከወረቀት ማመልከቻው ይምረጡ።
- 25. የአሁኑ የአሰሪ ስም - የአሁኑን የሞግዚት አሰሪ ስም ያስገቡ። (ለምሳሌ ABC ማህበር)
- 26. እዛ ለሰንት ጊዜ ያክል ሰርተዋል? - ሞግዚቱ ከአሁኑ አሰሪ ጋር ምን ያክል ጊዜ እንደሰሩ ያስገቡ።

ክፍል II፣ የቤተሰብ እና የገንዘብ መረጃ

- 27. የቤተሰብ ብዛት - የቤተሰቡን መጠን ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ይምረጡ ወይም የወረቀት ማመልከቻው ላይ ካለ ይጻፉ። ቤተሰብ ማለት በአንድ ላይ የሚኖሩ ወይም አንዱ በሌላው ላይ ጥገኛ የሆኑ ሁሉም ሰዎች ማለት ነው። (ለምሳሌ 4)
- 28. ገቢ (የደመወዝ መጠን) - የደመወዝ መጠንን ከቤተሰቡ አመልካች ወደታች ከሚወርደው ዝርዝር ወይም ከወረቀት ማመልከቻው ይምረጡ።
- 29. በዚህ ገቢ ጥገኛ የሆኑ ሰዎች ብዛትና እድሜያቸው - በቤተሰቡ ውስጥ ጥገኛ የሆኑ ሰዎችን ብዛትና እድሜያቸውን ያስገቡ። (ለምሳሌ 2 ጥገኞች, እድሜ 15 እና 10)

ክፍል 3፣ የጤና መረጃ

- 30. አመልካቹ የጤና መድሀን አለዎት? - አመልካቹ መድሀን አለው፣ የለውም፣ ወይም አይታወቅም።
- 31. መድሀን ካለዎት፣ ምን አይነት የጤና መድሀን ነው ያለዎት? - አመልካቹ ምን አይነት

**HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS**

- 32. አመልካቹ በአሁኑ ጊዜ የአካል ጉዳት አለበት? – የአመልካቹን የአካል ጉዳት ሁኔታ ይምረጡ። (ለምሳሌ አዎ)
- 33. አዎ ከሆነ፣ እባክዎ የአሁኑን የአካል ጉዳት ሁኔታ ይምረጡ – ለአመልካቹ ያስገቡትን የአካል ጉዳት ይምረጡ።
- 34. አመልካቹ በአሁኑ ሰዓት ማንኛውም አይነት ስር የሰደደ የተመረመሩት በሽታ አለብዎት? – አዎ፣ አይ፣ ወይም አይታወቅም ይምረጡ።
- 35. አዎ ከሆነ፣ የአመልካቹ የትኛው ስር የሰደደ በሽታ እንደሆነ(ኑ) ከታች ይምረጡ። – Select ከሰራ ስር የሰደደውን በሽታ ሁኔታ(ዎች) ይምረጡ። ሌላ ከሆነ፣ እባክዎ ስር በሰደደውን በሽታ ሁኔታ(ዎች) ውስጥ ይጻፉ።
- 36. አመልካቹ የመጀመሪያ ደረጃ እንክብካቤ አቅራቢ አለው? – አዎ ወይም አይ ይምረጡ።
- 37. አመልካቹ በአሁኑ ጊዜ ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ አለው? – አዎ ወይም አይ ይምረጡ።
- 38. አዎ ከሆነ፣ እባክዎ የተገዛበትን ቀን ያስገቡ – ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያው የተገዛበትን ቀን ያስገቡ።
- 39. ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ ዋጋ፣ – ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ አጠቃላይ ዋጋውን ያስገቡ።
- 40. አመልካቹ ስለዚህ ፕሮግራም እንዴት አወቁ? – እባክዎ አመልካቹ ስለፕሮግራሙ እንዴት እንዳወቁ ያስገቡ። (ለምሳሌ ከጤና ባለሙያ ቢሮ፣ ከ DC Health፣ ወዘተ)

**ክፍል IV፣ የህክምና ማረጋገጫ (በጤና ባለሙያ መሞላት አለበት)**

- 41. የጤና ባለሙያ ስም(እባክዎ ያትሙ)፣ – የአመልካቹን የጤና ባለሙያ/ዶክተር ስም ያስገቡ። (ለምሳሌ ዶክተር James Doe)
- 42. የጤና ባለሙያ አድራሻ፣– የጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ አድራሻን ያስገቡ። (ለምሳሌ 234 Anystreet Road, NW)
- 43. ከተማ፣– የጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ የሚገኝበትን ከተማ ያስገቡ ። (ለምሳሌ Washington)
- 44. ግዛት፣ – የጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ የሚገኝበትን ግዛት ያስገቡ ። (ለምሳሌ DC)
- 45. Zip ፣ – የጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ zip (ዚፕ) ኮድ ያስገቡ ። (ለምሳሌ 20001)
- 46. ክፍል፣ – የጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ የሚገኝበትን ክፍል ያስገቡ ። ያልታወቀ ከሆነ፣ ባዶ ቦታ ይተው። (ለምሳሌ ክፍል 6)
- 47. የጤና ባለሙያ ስልክ ቁጥር – የጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ ቁጥር ያስገቡ ። (ለምሳሌ 202-678-1234)

48. National Provider Identifier (NPI) (ብሔራዊ መለያ አቅራቢ) # – NPI ለጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ልዩ የመለያ ቁጥር ነው። የአመልካቹ የጤና ባለሙያ/ዶክተር NPI (ብሔራዊ መለያ አቅራቢ)ን ቁጥር ያስገቡ። አመልካቹ ይህንን መረጃ ከጤና ባለሙያ/ዶክተር ቢሮ ማግኘት አለበት።

**ክፍል V፣ ማረጋገጫ**

49. የጤና ባለሙያ ፊርማ – ለወረቀት ማመልከቻዎች፣ የጤና ባለሙያዎ የማመልከቻውን የህክምና ማጣሪያ ክፍል እንዲፈረም ያድርጉ። ለኤሌክትሮኒክ ማመልከቻዎች፣ እባክዎን የጤና ባለሙያው አመልካቹን እንደገመገመ እና አመልካቹ ለመስማት የሚያገዝ መሳሪያ እጩ የሚያደርገው የመስማት ችግር እንደደረሰበት የሚያረጋግጥ የዶክተሩን ማስታወሻ ያካቱ። ለማገልገል የህክምና ጠቋሚ ጉዳት የለውም። የማመልከቻውን ትክክለኝነት ማረጋገጫ ቃል – እባክዎን የቋንቋውን ማረጋገጫ ያንብቡ እና በማመልከቻው ውስጥ ያሉት ሁሉም መረጃዎች እስከሚያውቁት ድረስ ትክክል መሆናቸውን ለማረጋገጥ አዎ ወይም አይደለም ን ይምረጡ።

- 50. የአመልካቹ ስም – የአመልካቹን ስም ያስገቡ። (ለምሳሌ *John Doe*)
- 51. የወላጅ/ሞግዚት ስም (አመልካቹ ከ 18 ዓመት በታች ከሆነ) – የወላጅ/ሞግዚት ስም ያስገቡ። (ለምሳሌ *John Doe*)
- 52. አመልካች ወይም የወላጅ/ሞግዚት ፊርማ – ማመልከቻውን ይፈረሙ። አመልካቹ ከ 18 ዓመት በታች ከሆነ ወላጅ/ሞግዚት መፈረም አለባቸው።
- 53. ቀን – ወር/ቀን/ዓመት

**ክፍል VI፣ አባሪ**

54. አባሪ – ሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች በኤሌክትሮኒክ ማመልከቻ መጫናቸውን ወይም በወረቀት ማመልከቻ ማቅረቢያ ውስጥ የተካተቱ መሆናቸውን ያረጋግጡ።

## HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

### ደረጃ 2

የብቁነት ማረጋገጫ ሆኖ አስፈላጊውን ድጋፍ ሰጪ ሰነድ ሰብስበው ያያይዙ። ከዚህ በታች ያለው ሰንጠረዥ የትኛው ሰነድ ብቁ ማረጋገጫ እንደሆነ ምሳሌዎችን ይሰጣል።

ማረጋገጫ ፣	ምሳሌዎች
ገቢ	የቅርብ ጊዜ የደመወዝ ክፍያዎች፣ መግለጫ የሚያሳየው የጡረታ ገቢ፣ የአካል ጉዳት ገቢ ወይም የሠራተኞች ካሳ ፤ የጡረታ ክፍያ መግለጫ ፣ ወዘተ።
የDC ነዋሪነት	የ DC የመንጃ ፈቃድ፣ ኪራይ፣ የቤት ኪራይ ደረሰኝ፣ ከባለንብረቱ የጽሑፍ መግለጫ፣ መገልገያ ወይም የስልክ ሂሳብ፣ ወዘተ።
ኪራይ/በወለድ ብድር	ኪራይ፣ የቤት ኪራይ ደረሰኝ፣ የተሰረዘ ችክ፣ በወለድ የብድር መግለጫ፣ ወዘተ።
የአገልግሎት ሂሳቦች	ለኤሌክትሪክ፣ ለጋዝ፣ ለነዳጅ፣ ለስልክ፣ ለውሃ፣ ለቤት ስልክ ወዘተ የቅርብ ጊዜ ሂሳቦች (እነዚህን ከኪራይዎ ለየብቻ የሚከፍሉ ከሆኑ)።
ዝምድና	ጥገኛ ለሆነ ልጅዎ(ች) ህጋዊ መዝገቦች ከት / ቤት፣ ክፍርድ ቤት፣ ከሆስፒታል ወዘተ የልደት የምስክር ወረቀት (የተሟላ ቅጂ)
**“አብሮ የሚኖሩት”	ከሁለት ህምድና ከሌላችው ወይም ከት/ቤት መዝገቦች መግለጫ
የህክምና ምስክር ወረቀት	የተፈረመ መግለጫ ለህክምና ባለሙያዎ

\*\*አመልካቹ የራሱ የሆነ የመኖሪያ ቦታ ከሌለው እና በአሁኑ ጊዜ ከሌላ ሰው ጋር የሚኖር ከሆነ።

### ደረጃ 3

ማመልከቻውን እና ሁሉንም አስፈላጊ የድጋፍ ሰነዶች ያስገቡ። ማመልከቻው በሚከተሉት መንገዶች ሊሞላ እና ሊገባ ይችላል።

1. ማመልከቻውን ይሙሉና ኢገዥ ሰነዶችን በኦላይን ይጫኑ በ <https://dchealth.dc.gov/page/health-care-access-bureau>። ማመልከቻዎች እና ሰነዶች በዴስክቶፕ ኮምፒተር፣ በታብሌት ወይም በስማርት ስልክ በመጠቀም ሊቀርቡ ይችላሉ።
2. የተሞላውን ማመልከቻዎትን እና ኢገዥ ሰነዶችን መጫን፣ ማተም እና ማስገባት።
  - a. በኢሜል-ማመልከቻዎትን እና ኢገዥ ሰነዶችን መላክ የሚቻለው ለ [tmoses@smsllcgroup.com](mailto:tmoses@smsllcgroup.com).
  - b. በኢሜል- እባክዎ የተሞላውን ማመልከቻዎችን እና ኢገዥ ሰነዶችን ለ Strategic Management Services, LLC, 137 National Plaza, Suite, 300, National Harbor, MD 20745 ይላኩ።

## HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

The District of Columbia Hearing Aid Assistance Program (HAAP) ስለ(የኮሎምቢያ ኦሮሎጂ ለመስማት የሚያገዝ መሳሪያ ድጋፍ እቅድ) ለበለጠ መረጃ፣ ይጎብኙ <https://dchealth.dc.gov/page/health-care-access-bureau> ወይም ይገኙ [tmoses@smsllcgroup.com](mailto:tmoses@smsllcgroup.com) ወይም (202) 656-3027።