

## HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION (ማመልከቻ የመስማት ችሎታ ድጋፍ መርሃግብር ማመልከቻ)

The District of Columbia's Hearing Aid Assistance Program (HAAP) (የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የመስማት ችሎታ ድጋፍ መርሃግብር) በኢንሹራንስ ያልተሸፈነ ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ ለመግዣ ዋጋ ለማካካስ ለኮሎምቢያ አውራጃ ነዋሪዎች እስከ \$500 ያቀርባል።

መልሶ ክፍያ ለማግኘት ብቁ ለመሆን አመልካቾች የሚከተሉትን፣

- የኮሎምቢያ ዲስትሪክት ነዋሪነት ማረጋገጫ ማቅረብ፤
- ከሚከተሉት መስፈርት ቢያንስ አንዱን አሟላ፤
  - 0-14 አመት የሆኑ
  - ከ 65 ወይም ከዛ በላይ
  - የአካል ጉድለት ያለባቸው
- ከ \$100,000 በታች የሆነ ዓመታዊ የቤተሰብ ገቢ አላቸው (ከዚህ በታች መመሪያዎችን ይመልከቱ)፤
- ፈቃድ ካለው የሕክምና መሣሪያ አቅራቢ የመስሚያ መርጃ ደረሰኝ ያቅርቡ፤ እና
- ለመስማት የሚያገለግል መሣሪያን ለማግኘት የሚያስፈልገውን የህክምና አስፈላጊነት የሚያረጋግጥ የህኪም የፅሁፍ መግለጫ ወይም በህክምና ማጣሪያ ክፍል ተሞልቶ እና በሐኪም የተፈረመ ማረጋገጫ ያቅርቡ።

በቤተሰብ ውስጥ ያሉ ሰው(ች)	D.C. የድህነት መመሪያዎች (አመታዊ)					
	100%	133%	138%	150%	200%	250%
1	\$12,760	\$16,971	\$17,609	\$19,140	\$25,520	\$31,900
2	\$17,240	\$22,929	\$23,791	\$25,860	\$34,480	\$43,100
3	\$21,720	\$28,888	\$29,974	\$32,580	\$43,440	\$54,300
4	\$26,200	\$34,846	\$36,156	\$39,300	\$52,400	\$65,500
5	\$30,680	\$40,804	\$42,338	\$46,020	\$61,360	\$76,700
6	\$35,160	\$46,763	\$48,521	\$52,740	\$70,320	\$87,900
7	\$39,640	\$52,721	\$54,703	\$59,460	\$79,280	\$99,100
8	\$44,120	\$58,680	\$60,886	\$66,180	\$88,240	\$100,00

HAAP (ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ ድጋፍ እቅድ) ለማካካሻ ግምት ውስጥ ለመግባት፣ የተሟላ ማመልከቻ ከሚያስፈልጉ አጋዥ ሰነዶች ጋር መቅረብ አለበት። ማመልከቻው መግባት ያለበት በኢሜል በኩን በ [tmoses@smsllcgroup.com](mailto:tmoses@smsllcgroup.com) ወይም ለ DC የመጀመሪያ ደረጃ እንክብካቤ ቢሮ፣ Strategic Management Services, LLC, 137 National Plaza, Suite, 300, National Harbor, MD 20745 ይላኩ።

**ክፍል 1፣ አጠቃላይ መረጃ (እባክዎ በግልጽ ይተሙ)**

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

ማመልከቻ የገባበት ቀን፡ \_\_\_\_\_ የአመልካች የልደት ቀን፡ \_\_\_\_\_ የአመልካች እድሜ፡ \_\_\_\_\_

የአመልካች የታ፣  ወንድ  ሴት  ሌላ

የአመልካቹ የመጀመሪያ ስም፡ \_\_\_\_\_ የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል፡ \_\_\_\_\_ የመጨረሻ ስም፡ \_\_\_\_\_

የአመልካች የ DC የደብዳቤ መላኪያ አድራሻ፡ \_\_\_\_\_ አፓርትመንት #፡ \_\_\_\_\_

ከተማ፡ Washington (ዋሽንግተን) ግዛት፡ DC ዚፕ ኮድ፡ \_\_\_\_\_ ክፍል፡ \_\_\_\_\_

የቤት ስልክ፡ \_\_\_\_\_ ሞባል/ተንቀሳቃሽ ስልክ፡ \_\_\_\_\_

ኢሜይል አድራሻ፡ \_\_\_\_\_

የአመልካች ዘር፡

- አሜሪካዊ ህንዶች ወይም የአላስካ ተወላጅ  የሐዋያን ተወላጅ ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴት
- እስያዊ  ነጭ
- ጥቁር ወይም አፍሪካአሜሪካዊ  ሌላ \_\_\_\_\_

የአመልካች ጎሳ፡  ስፔናዊ/ላቲን አሜሪካዊ  ስፔናዊ/ላቲን አሜሪካዊ ያልሆነ

የአመልካቹ ከፍተኛ ያጠናቀቁት የትምህርት ደረጃን ከሚከተሉት መካከል የትኛው በደንብ ይገልጹልዎ?

- ትምህርት ቤት ገብተው አያውቁም ወይም መቀለህፃናት ብቻ ተከታትለዋል  12 ኛ ክፍል ወይም GED (የሁለተኛ ደረጃ ተመራቂ)
- ክፍሎች 1 እስከ 8 (አንደኛ ደረጃ)  ከሌጅ ከ 1 ዓመት እስከ 3 ዓመት (የተወሰነ ኮሌጅ ወይም የሙያ ት/ቤት)
- ክፍሎች 9 እስከ 11 (የተወሰነ ሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት)  4 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ (የኮሌጅ ምሩቅ)
- ክፍሎች 12 እስከ 16 (የተወሰነ ሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት)  መልስ ላለመስጠት ይምረጡ

የአመልካቹን የሥራ ሁኔታ በተሸለ ሁኔታ ከሚገልጹት መካከል የትኛው ነው?

- በደመወዝ የሚሰራ  እቤት ውስጥ የሚሰራ
- በግል ስራ የሚተዳደር  ተማሪ
- ለ 1 አመት ባነሰ ጊዜ ከስራ ውጭ  ጡረተኛ
- ለ 1 አመት ያክል ከስራ ውጭ  መሰራት የማይችል

የአመልካቹ የአሁኑ አሠሪ ስም፡ \_\_\_\_\_

አመልካቹ እዚያ ምን ያህል ጊዜ ሰራ? \_\_\_\_\_ (አመታት) \_\_\_\_\_ (ወራት)

የወላጅ/ የሞግዚት ስም፡ \_\_\_\_\_

ከአመልካቹ ጋር ያለው ግንኙነት፣ \_\_\_\_\_

የቤት ስልክ፣ \_\_\_\_\_

ሞባል/ተንቀሳቃሽ ስልክ፣ \_\_\_\_\_

ኢሜይል አድራሻ፣ \_\_\_\_\_

የወላጅ/ሞግዚትን የሥራ ሁኔታ በደንብ ከሚገልጹት መካከል የትኛው ነው?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> በደመወዝ የሚሰራ            | <input type="checkbox"/> ተማሪ               |
| <input type="checkbox"/> በግል ስራ የሚተዳደር         | <input type="checkbox"/> ጡረተኛ              |
| <input type="checkbox"/> ለ 1 አመት ባነሰ ጊዜ ከስራ ውጭ | <input type="checkbox"/> መስራት የማይችል        |
| <input type="checkbox"/> ለ 1 አመት ያክል ከስራ ውጭ    | <input type="checkbox"/> ሪፖርት ማድረጉን እምቢ አለ |
| <input type="checkbox"/> እቤት ውስጥ የሚሰራ          |  |

የወላጅ / ሞግዚት የአሁኑ አሰሪ ስም ፣ \_\_\_\_\_

ወላጅ/ሞግዚቱ እዚያ ምን ያህል ጊዜ ሰራ?  
\_\_\_\_\_ (አመታት) \_\_\_\_\_ (ወሮች)

**ክፍል II፣ የቤተሰብ እና የገንዘብ መረጃ**

በአመልካች መኖሪያ ቤት ውስጥ የሚኖሩ ሰዎች ብዛት፣ \_\_\_\_\_  
(ቤተሰብ ማለት አብሮ የሚኖሩ ወይም አንዱ በሌላው ላይ ጥገኛ የሆኑ ሁሉም ሰዎች ናቸው)፡፡

- ከሚከተሉት ውስጥ የቤተሰብን አመታዊ ገቢ በደንብ ከሚገልጹት መካከል የትኛው ነው?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$10,000 ያነሰ          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$30,001 እስከ \$35,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 እስከ \$15,000 | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$35,001 እስከ \$50,000 |
| <input type="checkbox"/> \$15,001 እስከ \$20,000 | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$50,001 እስከ \$75,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001 እስከ \$25,000 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$75,001 እስከ \$100,000           |
| <input type="checkbox"/> \$25,001 እስከ \$30,000 |  |

በዚህ ገቢ ጥገኛ የሆኑ ሰዎች ብዛት እና እድሜያቸው፣  
\_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_ ፣ \_\_\_\_\_

**ክፍል 3፣ የጤና መረጃ**

የአመልካቹን የመድሃኒት ሁኔታ በደንብ የሚገልጸው የትኛው ነው?

- መድሃኒት ያለው
- መድሃኒት የሌለው
- ያልታወቀ

መድሃኒት ያለው ከሆነ፣ አመልካቹ ምን ዓይነት የጤና መድሃኒት ነው ያለው?

- Alliance ?  የግል መድሃኒት
- Medicaid ?  ምንም/ምንም ዓይነት የጤና መድሃኒት የለውም
- Medicare ?  ያልታወቀ
- ሌላ የህዝብ መድሃኒት \_\_\_\_\_

አመልካቹ በአሁኑ ጊዜ የአካል ጉድለት አለበት?

- አዎ
- አይ
- ያልታወቀ

ያለበት ከሆነ፣ ከሚከተሉት የአመልካቹን የአካል ጉድለት በደንብ የሚገልጸው የትኛው ነው?

- የጡንቻ አጥንት ስራአት  የቆዳ በሽታዎች
- የልዩ ሀዋሳቶች እና የንግግር  የሆርሞን መዛባት
- የመተንፈሻ አካላት መዛባት  ሲወለድ ጀምሮ የመጣ በሽታ
- የልብ ስራአት  የነርቭ መዛባት
- ስራአተ እንሽርሽሪት  የአእምሮ መዛባት
- የመራቢያ አካላት ችግር  ካንሰር (የእድገት መዛባት)
- የደም መዛባት  የበሽታ መከላከያ ስራአት መዛባት
- ሌላ \_\_\_\_\_

አመልካቹ በአሁኑ ሰአት ማንኛውም ዓይነት ስር የሰደደ ማንኛውም ዓይነት የተመረመሩት በሽታ አለብዎት?

- አዎ
- አይ
- ያልታወቀ

አዎ ከሆነ፣ የትኛው ስር የሰደደ በሽታ እንደሆነ(ኑ) ከታች ይምረጡ፦

- የልብ በሽታ  ከፍተኛ የደም ግፊት
- ካንሰር  ከመጠን በላይ ውፍረት
- የስኳር በሽታ
- ሌላ (እባክዎ ከታች ያቅርቡ)፦ \_\_\_\_\_

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

አዎ

አይ

አመልካቹ በአሁኑ ጊዜ ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ አለዎት?

አዎ

አይ

አዎ ከሆነ፣ ወር/የተቀበሉበት አመት፣ \_\_\_\_\_ ዋጋ፣ \_\_\_\_\_  
(ደረሰኝ አያይዙ)

አመልካቹ ስለ HAAP?  
\_\_\_\_\_

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

ገምግሜዎቻህ (የአመልካቹን ስም ያትሙ)፣ \_\_\_\_\_

እና አመልካቹ ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ እጩ የሚያደርጋቸው የመስማት ችግር ካለበት ያግኙ፣ እና ለማግኘት የሚረዱ የህክምና ፍንጮች ጉዳት የላቸውም።

የህክምና ባለሙያ ስም (እባክዎ ያተሙ)፣ \_\_\_\_\_

የህክምና ባለሙያ አድራሻ \_\_\_\_\_

ከተማ፣ \_\_\_\_\_ ግዛት፣ \_\_\_\_\_ ፖስታ፣ \_\_\_\_\_ ክፍል፣ \_\_\_\_\_

የህክምና ባለሙያ ስልክ ቁጥር፣ \_\_\_\_\_ NPI #፣ \_\_\_\_\_

የህክምና ባለሙያ ፊርማ፣ \_\_\_\_\_

ክፍል V፣ ማረጋገጫ

እኔ እስከማውቀው ድረስ በዚህ መተግበሪያ ውስጥ ያለው መረጃ የገንዘብ መረጃዎቼን እና ሀብቶቼን ፣ የቤተሰብን መጠን ፣ መድንዎ እውነት እና ትክክለኛ መሆኑን አረጋግጣለሁ። ይህንን መረጃ እንዲያረጋግጥ ለ DC ጤና ፈቃድ አሰጠዋለሁ እናም ሀሰተኛ ሆኖ የተገኘ ማንኛውም መግለጫ በእኔ / የኔ ጥገኛ ልጆች ማካካሻ ከመቀበል ይከለክላቸዋል።

የአመልካቹ ስም (እባክዎ ያትሙ)፣ \_\_\_\_\_

የአመልካች ፊርማ (ወላጅ/ሞግዚት እድሜ ከ 18 አመት በታችካሆን)፣ \_\_\_\_\_

ቀን፣ \_\_\_\_\_

ክፍል VI፣ አባሪ

- የነዋሪነት ማረጋገጫ
- የገቢ ማረጋገጫ
- ለመስማት የሚያግዝ መሳሪያ የተገዛበት ደረሰኝ
- የዶክተር ማስታዎሻ