

**Government of the District of Columbia (የኮሎምቢያ ዲስትሪክት መንግስት)
School-Based Oral Health Program (ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም)**

ውድ ወላጅ ወይም ሞግዚት፡

የ District of Columbia Department of Health (DC Health) (የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና መምሪያ) በ DC School-Based Oral Health Program (SBOHP) (ዲ.ሲ. ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም) አማካኝነት በልጅዎ ትምህርት ቤት/ተቋም ውስጥ የመከላከል የጥርስ አገልግሎቶችን ስፖንሰር ያደርጋል። በዚህ ፕሮግራም አማካኝነት፣ ፍቃድ ያላቸው የጥርስ ህኪሞች እና የነሱ ሰራተኞች ለስድስት (6) ወራት የጥርስ ህኪም ጋር ላልሄዱ ተማሪዎች ምርምራዎችን (“ፔክአፖች”) እና ኤክስራዎችን/የራጅ አገልግሎቶችን ይሰጣሉ። አገልግሎቶቹ የጥርስ እጥበቶች፣ የፍሎራይድ ህክምናዎች፣ እና መሞላቶች (አስፈላጊ ከሆነ) ያካትታሉ። እንደ መሙላት፣ መፈቅፈቆች፣ መርፌዎች፣ የጥርስ ነቀላ፣ ወይም ብሬሶች ያሉ ተጨማሪ አገልግሎቶች ሊያስፈልጋቸው የሚችሉ ልጆች ወደ ጥርስ ሐኪም ቤታቸው ሪፌር ይደረጋሉ። የልጅዎ ጉብኝት መረጃ ለክትትል፣ እና ለፕሮግራም ቁጥጥር አላማዎች ከትምህርት ቤቱ/ተቋሙ ተገቢ የግንኙነት ነጥብ ጋር ወይም ከ SBOHP ጋር ይጋራል።

እባክዎ ያስተውሉ፦ ልጆች የጥርስ ህኪማቸውን በየስድስት (6) ወራት መጎብኘት አለባቸው። የ SBOHP አገልግሎቶች የልጅን መደበኛ የጥርስ ህኪም ጉብኝትን ቦታ ሊተኩ አይገባም። የጥርስ ህክምና አቅራቢዎች የጥርስ ህክምና የመድን ሽፋንን እና በትምህርት ቤት/ተቋሙ ውስጥ የሚመረመሩ የሁሉንም ልጆች የመጨረሻ ጊዜ ጉብኝትን ያጣራሉ፣ እና ለተሰጡ ማንኛውም አገልግሎቶች መድኑን ክፍያ ይጠይቃሉ።

የልጅ/የተማሪ መረጃ	
የልጅ ስም፡	
የትውልድ ቀን (ወ/ቀ/አ/ክ)፡	አሁን ያለው የጾታ ማንነት፡
የቤት አድራሻ (መንገድ፣ ከተማ፣ ክልል፣ ዚፕ ኮድ)፡	
የትምህርት ቤት/የተቋም ስም፡	ክፍል፡
የአስተማሪ ስም፡	
የወላጅ/የአሳዳጊ ስም፡	
የስልክ ቁጥር፡	አማራጭ የስልክ ቁጥር፡
የአሜይል አድራሻ፡	
ለመጨረሻ ጊዜ የተደረገ የጥርስ ህክምና ጉብኝት፡ <input type="checkbox"/> 1-3 ወራት በፊት <input type="checkbox"/> 4-6 ወራት በፊት <input type="checkbox"/> 6+ ወራት በፊት <input type="checkbox"/> መቼም	
እርግጠኛ አይደለሁም	
ዋና የጥርስ ህክምና አቅራቢ፡	

የጤና መድን	
ልጅዎ አገልግሎቶችን እንዲያገኝ እርስዎ ከሳጥኖቹ ውስጥ አንዱን መምረጥ እና ተያያዥ መረጃዎችን መስጠት አለብዎት።	
<input type="checkbox"/> ይህ ልጅ የሚከተሉት የ Medicaid/Health Families የመድን ሽፋን አለው/፡ <input type="checkbox"/> DC Healthy Families (የዲ.ሲ. ሄልዚ ቤተሰቦች) <input type="checkbox"/> DC Medicaid <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice <input type="checkbox"/> CareFirst <input type="checkbox"/> ልዩ ፍላጎት ላላቸው ህጻናት የጤና አገልግሎቶች <input type="checkbox"/> ሌላ፡ _____ <input type="checkbox"/> Medicaid/DC Healthy Families #፡ _____	
<input type="checkbox"/> ይህ ልጅ የግል የጥርስ መድን አለው/ላት፡ የመድን ኩባንያ፡ _____ አሰሪ፡ _____ የመድን ሽፋን ያለው አዋቂ ስም፡ _____ የአባል መታወቂያ ቁጥር/ፖሊሲ #፡ _____	የመድን ካምፓኒ ስልክ ቁጥር፡ _____ የአሰሪ ስልክ ቁጥር፡ _____ የመድን ሽፋን ያለው አዋቂ የትውልድ ቀን፡ _____ ቡድን #፡ _____
<input type="checkbox"/> ይህ ልጅ ምንም አይነት የጥርስ መድን የለውም	

**Government of the District of Columbia (የኩሎምቢያ ግዛት መንግስት)
School-Based Oral Health Program (ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም)**

ከላይ ስሙ የተጠቀሰው ተማሪ ወላጅ/ሞግዚት እንደመሆኑ መጠን፣ እኔ በ DC Health School-Based Oral Health Program (ዲ.ሲ. ጤና ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም) አማካኝነት እሱ/እሷ የጥርስ ህክምና አገልግሎቶችን እንዲያገኝ አፈቅዳለሁ። የልጄ ተሳትፎ ለሚከተሉት ነገሮች ፍቃድ እንደሚሰጥ እረዳለሁ፦

- አገልግሎቶች ከመሰጠታቸው በፊት የጥርስ ህክምና አቅራቢው መድኑን ማረጋገጥ።
- የጥርስ ህክምና አቅራቢው ከማንኛውም Medicaid ፣ የግል መድኑን፣ ወይም ሌሎች ከፋዮች ላይ ክፍያ መጠየቅ እና ክፍያ መሰብሰብ፤
- እኔ የግል የጥርስ ህክምና መድኑን ካለኝ፣ የጥርስ ህክምና አቅራቢው ለማንኛውም ተቀናናሾች እና/ወይ፣ የጋራ ተከፋዮች ቤተሰብን ክፍያ መጠየቅ፤
- የጥርስ ህክምና አቅራቢው የልጄ የጤና እንክብካቤ ጋር ከሚሳተፉ ከ DC Health, DC Department of Health Care Finance፣ Medicaid Managed Care Organizations ፣ እና/ወይም ሌሎች የክሊኒካል አቅራቢዎች ጋር የልጄን የክሊኒካል መረጃ ማጋራት።

በተጨማሪ፣ ከላይ በተዘረዘሩት ተግባሮች አማካኝነት እኔ ላይ ወይም የኔ ወራሾች፣ የውርስ አጣሪዎች፣ አስተዳዳሪዎች፣ ወይም ተቀባዮች ላይ ለሚደረሰው ማንኛውንም እና ሁሉንም ጉዳዮች፣ የሚታወቁ ወይም የማይታወቁ ፣ እኔ የ Government of the District of Columbia (ኩሎምቢያ ግዛት መንግስት) እና ማንኛውም ኤጀንሲ፣ ስራተኛ፣ ባለሙያ፣ ወኪል ወይም ተወካዮችን ከማንኛውም ሃላፊነቶች ፣ የሙብት ጥያቄዎች፣ ክስ፣ ወይም ውሳኔዎች ከሃላፊነት ነጻ፣ ከመከሰስ ነጻ እና ከካሳ ነጻ ለማድረግ እስማማለሁ። ይህን የፍቃድ ቅጽ ባልፈረም፣ የኔ ልጅ በዚህ ፕሮግራም የሚሰጡትን ማንኛውም አገልግሎቶችን እንደማያገኝ አረዳለሁ።

እኔ የጽሁፍ ማስታወቂያ ለ DC Health's Oral Health Program (899 N. Capitol St. NE, 3rd Floor, Washington, DC 20002) በመስጠት ወይም በኢሜይል አማካኝነት በ hcab.dchealth@dc.gov በመስጠት ፍቃዴን በማንኛውም ጊዜ መሻር እንደምችል አረዳለሁ። በተጨማሪ ይህ መሻሪያ እስኪሰጥ ድረስ፣ ፍቃዱ ከተፈረመበት ጊዜ አንስቶ ለአንድ የካላንደር አመት ፍቃድ የተሰጠባቸው አገልግሎቶች ስራ ላይ እንደሚሆኑ፣ እና የልጄ መረጃ ከላይ በተገለጹት ወገኖች ለተገለጹት ልዩ አላማዎች መገኘታቸውን እንደሚቀጥሉ አረዳለሁ።

እባክዎ የጥርስ ህክምና አቅራቢው እርስዎን በይበልጥ ለማገልገል እንዲረዳው የሚከተሉትን መረጃዎች ይሰጡ፦

የሜዲካል መረጃ ልጅዎን የሚመለከት እያንዳንዱን ሁኔታ ይምረጡ እና በተሰጠው ክፍት ቦታ ያብረሩ።
<input type="checkbox"/> የጥርስ ችግሮች
<input type="checkbox"/> የልብ ችግሮች/የቫልቭ መተካት/ሻንቶች
<input type="checkbox"/> አስም/የመተንፈስ ችግሮች
<input type="checkbox"/> የሚያንፈራፍር/ የሚጥል በሽታ
<input type="checkbox"/> አለርጂዎች <input type="checkbox"/> የላቴክስ አለርጂ <input type="checkbox"/> የፓይን ንት አለርጂ <input type="checkbox"/> አክሲክ አለርጂ <input type="checkbox"/> ሌላ
<input type="checkbox"/> አሁን እየተጠቀሙ ያሉ መድሃኒቶች
<input type="checkbox"/> የአንቲባዮቲክስ የቅድመ መስጠት ያስፈልጋል
<input type="checkbox"/> ሌሎች የጤና ችግሮች (የስኳር በሽታ፣ የመድማት ችግሮች፣ ተላላፊ በሽታዎች፣ ወዘተ.)
የልጄ ዋና የእንክብካቤ ሀኪም እና/ወይም አቅራቢ (የሚመለከተው ከሆነ)፦

እኔ በዚህ ገጽ ጀርባ ያለውን ማስታወቂያ አንብብያለሁ እና የስምምነት ቃላቶቹን ተረድቻለሁ እና እስማማለሁ። በመፈረም ፣ እኔ በ DC Health School-Based Oral Health Program (ዲ.ሲ. ጤና ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ የአፍ ጤና ፕሮግራም) አማካኝነት ልጄ አገልግሎቶቹን እንዲያገኝ በመረጃ ላይ የተመሰረተ ፈቃዴን እሰጣለሁ።

ወላጅ/ሞግዚት ፊርማ፦ _____ ቀን፦ _____