

**መምርያ ለይገባኛል አቅራቢ:**

ለህክምና የሥራ ፈቃድ ጥቅማጥቅሞች በዲሲ የሚከፈለው የቤተሰብ የሥራ ዕረፍትን ለማስገባት ይህንን ቅጽ ይጠቀሙ። ይህ ቅጽ በዲሲ ለሚከፈለው የቤተሰብ የሥራ ፈቃድ ሕግ በተደነገገው መሠረት “ከባድ የጤና ሁኔታ” እንዳሎት ለመለየት ይጠቅማል። የቅጹን የመጀመሪያ ክፍል መሙላት አለብዎ። ዶክተርዎ ወይም ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ የቅጹን ሁለተኛ ክፍል መሙላት አለበት። የህክምና የሥራ ፈቃድ ጥቅማጥቅሞችን የማመልከት ሂደቱን መሙላት የሚችሉት ይህ ቅጽ ተሞልቶ በሀኪምዎ ከተፈረመ ብቻ ነው። በመስመር/አንላይን ላይ የሚከፈለው የቤተሰብ የሥራ-ብፍቃድ ጥቅሞችን መግቢያ በር/ፖርታል በመጠቀም በ [does.pflbas.dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov)፣ በማመልከቻው ሂደት ውስጥ ይህን ቅጽ በተገቢው ቦታ እንዲጭኑ በሲስተሙ ይጠየቃሉ።

**ክፍል 1 (በአቤቱታ አቅራቢው ይጠናቀቃል)**

የአያት ስም	የመጠሪያ ስም	የአባት ስም
የትዉልድ ቀን (ወር/ቀን/ዓመት) ____ / ____ / _____	የሶሻል ሴኩራቲ ቁጥር ወይም የግለሰብ የግብር መለያ ቁጥር (ITIN)	

**ክፍል 2 (ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የሚሞላ)**

**ለጤና እንክብካቤ አቅራቢ መመሪያዎች: -**

ታካሚዎ ከዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ የሚከፈል የቤተሰብ የሥራ ዕረፍት ጥቅሞችን እየጠየቀ ነው። የዚህ ቅጽ ዓላማ በሽተኛዎ በዲሲ የሚከፈለው የቤተሰብ የሥራ ፈቃድ ሕግ መሠረት ለህክምና የሥራ ፈቃድ ጥቅሞች ብቁ መሆን አለመሆኑን ለማወቅ ነው። ከሚከተሉት ጥያቄዎች መካከል ብዙዎቹ የሚመለከታቸው ከሆነ ቀንን በማስከተል አዎን ወይም አይደለም መልሶች ያስፈልጋሉ። ለጥቅሞቹ ብቁነት የሚወሰነው በተወሰኑ ሁኔታዎች ላይ ነው። ለይገባኛል አቅራቢ ብቁ ለመሆን ለእያንዳንዱ ጥያቄ “አዎን” ብሎ መመለስ አስፈላጊ አይደለም።

<b>ሀ. የጤና እንክብካቤ አቅራቢ መረጃ</b>				
ከተጠቀሰው ቦታ በስተቀር ሁሉም መስኮች ያስፈልጋሉ				
የአያት ስም	የመጠሪያ ስም	የአባት ስም		
የፖስታ መላኪያ አድራሻ:-	ስትሪት/መንገድ	ከተማ	ግዛት	ዚፕ ኮድ
የሰልጠና ቁጥር:-	የኢሜል አድራሻ			
የተግባር አይነት / ልዩየሕክምና				
የግዛቱ የፈቃድ ቁጥር	ብሄራዊ አገልግሎት ሰጪ (ከተፈለገ)			
<b>ለ. ስለ ይገባኛል ጥያቄ አቅራቢ የሕክምና ሁኔታ መረጃ</b>				
የምርመራው ስም ወይም የጤና ሁኔታ ምልክቶች መግለጫ				
_____				
_____				
ለጤና ሁኔታ የመጀመሪያ ICD -10 ኮድ		ሁለተኛ ደረጃ ICD -10 ኮድ (ከተፈለገ)		
_____		_____		
_____ የጤና ሁኔታ የተመረመረበት ቀን (ወር/ቀን/ዓመት)		<b>አዎ አይ</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. የጤና ሁኔታ እርግዥና ነው? _____ መልስዎ አዎ ከሆነ ፣ የሚወልዱት ቀን መኾኑ ነው? (ወር/ቀን/ዓመት)		
<b>አዎ አይ</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. በጤናው ሁኔታ ምክንያት ህመምተኛዎ መሥራት፣ትምህርት ቤት መከታተል ወይም ሌሎች የዕለት ተዕለት ኑሮን በጤና ምክንያት ወይም ሕክምና ለማግኘት እንቅስቃሴዎችን ማከናወን አይችሉም ብሎ ያምናሉ?				
<b>አዎ አይ</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. ከጤናው ሁኔታ የሚጠበቅ (ወይም በትክክል) የሚደንበት ቀን አለ? _____ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ለጤናው ሁኔታ የሚጠበቀው (ወይም ትክክለኛው) ቀን ምን ያክል ነው? (ወር/ቀን/ዓመት) የለም ከሆነ፣ማንም መቼም አይጠበቅም? ወይስ መልሶ ማገገም ይጠበቃል ግን ቀን አይታወቅም? <input type="checkbox"/> አይጠበቅም <input type="checkbox"/> ይጠበቃል ግን ቀን አይታወቅም				
<b>አዎ አይ</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. በሽተኛዎ በሆስፒታል፣በሆስፒታል ወይም በመኖሪያ ተቋም ውስጥ የሕክምና እንክብካቤ ተቋም የሕመምተኛ እንክብካቤን የጤና ሁኔታ ለማከም ቢያንስ በአንድ ሌሊት አንድ ጊዜ ይፈልጋል? አዎ ከሆነ፣የታካሚዎ እንክብካቤ ቀናት መኾኑ ነው?				

አዎ አይ

5. ይህ የጤና ሁኔታ ቢያንስ ለሶስት (3) ተከታታይ ቀናት ሙሉ የቆየ ታካሚዎን የመዳከም አቅም ነበረው?

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ በዚህ የጤና ሁኔታ ምክንያት የአቅም መዳከም ቀናት መኾን ነበሩ ወይም ለዚህ የጤና ሁኔታ ህክምና አስፈላጊ የነበሩት?

አዎ አይ

6. ለዚህ ሁኔታ ሕመምተኛው ተከታታይ የሕክምና ቀጠሮዎችን ይዞ ነበር/ይዛል ወይ?

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ የአሁኑ የሕክምና መርሃግብር መኾን ነው?

አዎ አይ

7. ይህ የጤና ሁኔታ ሥር የሰደደ የጤና ሁኔታ ነው?

አዎ አይ

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ሕመምተኛዎ ሥራ መሥራት፣ ትምህርት ቤት መከታተል ወይም ሌሎች የዕለት ተዕለት ኑሮ እንቅስቃሴዎችን ማከናወን የማይታሰብ የችግር ደረጃ ላይ ይደርሳል ብለው ይጠብቃሉ?

አዎ አይ

8. ይህንን የጤና ሁኔታ ለማከም በሽተኛው በየዓመቱ ሁለት (2) ወይም ከዚያ በላይ የሆኑ ጉብኝቶችን ይፈልጋል?

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ለሕክምና የታቀዱ ቀናት መኾናቸው፣ ካለ?

አዎ አይ

9. ሕክምና በይኖር፣ ሕመምተኛዎ ይህ ሁኔታ ቢያንስ ለሦስት (3) ሙሉ ተከታታይ ቀናት የሚቆይ የአቅም ማጣት ወይም ለሞት የሚዳርግ ነው ብለው ያምናሉ?

አዎ አይ

10. በአደጋ ወይም በሌላ ጉዳት ምክንያት የአካል ብቃት እንቅስቃሴውን ወደነበረበት ለመመለስ ታካሚዎ ቀዶ ጥገና ይፈልጋል?

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ አሁን የቀዶ ጥገና ቀናት መኾን ናቸው?

እባክዎ ስለታካሚዎ ምርመራ ወይም ሁኔታ ምንም ዓይነት ተጨማሪ መረጃ ያክሉ። በፍላጎት የሚደረግ፡-

እኔ ይህንን በሽተኛ እያከምኩ እና በዚህ ቅጽ ላይ ያቀረብኩት መረጃ እውነት እና የተሟላ መሆኑን የተረጋገጠ ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ መሆኔን አረጋግጣለሁ።

ፊርማ፡- \_\_\_\_\_ ቀን፡- \_\_\_\_\_