



**የዲ.ሲ. (DISTRICT OF COLUMBIA)
የአስተዳደር ችሎት ቢሮ
(OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS)**
441 4TH STREET, NW, SUITE 450 NORTH
WASHINGTON, DC 20001-2714



ስልክ፤ (202) 442-9094 • ፋክስ፤ (202) 442-4789 • ኢሜይል፤ oah.filing@dc.gov

**በDepartment of Health Care Finance (DHCF) ወይም በDHCF ተቋራጭ የጤና እንክብካቤ ሽፋን
ውሳኔ ወይም እርምጃ ላይ የግባኝ ጥያቄ**

DHCF ወይ ተቋራጭ በMedicaid፣ በአረጋግጥንና አካላዊ ጉዳት ያለባቸው ሰዎች (ኤልደርሊ ኤንድ ፐሪሰንስ ዊዝ ፊዚካል ዲስኤቢሊቲስ)፣ ወይም በDC Healthcare Alliance ስር የጤና ጥበቃ ሽፋን ላይ ባሳለፉት ውሳኔ፣ እርምጃ፣ ወይ ዳተኝነት ላይ ባለመስማማት ምክንያት በአስተዳደር ህግ ዳኛ ፊት ችሎት እንዲደመጥልዎ ከፈለጉ ይህንን ቅፅ ይጠቀሙ። የውሳኔው ቅጂ ካለዎት ያያይዙት። ከእነዚህ መርሃ ግብሮች ውስጥ ለአንዱ የፋይናንስ ብቁነትን በሚመለከት የተለፈ ውሳኔ ላይ ይግባኝ ለማለት ከፈለጉ፣ እባክዎን ዲፖዘትመንት ኦፍ ሂዩማን ሰርቪስስ ውሳኔ ይግባኝ የሚል ርዕስ ያለውን ቅፅ ይጠቀሙ።

ክፍል 1 - የመገናኛ መረጃ

ስምዎን ይጻፉ፤	የፖስታ አድራሻዎ፤
የስልክ ቁጥርዎ፤	
የኢሜይል አድራሻ (ካለ)፤ <input type="checkbox"/> ሰነዶችን በኢሜይል ብቻ ለመቀበል እስማማለሁ	የእርስዎ ዋርድ (Ward) (የሚያውቁት ከሆነ)፤
ለዚህ ጉዳይ ተወካይ ካለዎት (የሚመለከተው ላይ ምልክት ያድርጉ)፤ <input type="checkbox"/> ጠበቃ ያልሆነ <input type="checkbox"/> ጠበቃ <input type="checkbox"/> የጉዳይዎ አስፈጻሚ (Case Manager)	
የተወካይ ወይም የጉዳይ አስፈጻሚ (Case Manager) ስም	የተወካይ ወይም የጉዳይ አስፈጻሚ (Case Manager) አድራሻ፤
ስልክ፤	
የኢሜይል አድራሻ፤ <input type="checkbox"/> ሰነዶችን በኢሜይል ብቻ ለመቀበል እስማማለሁ	ኤጀንሲ (Agency) (ካለ)፤

ክፍል 2 - የጥቅሞች (Benefits) መረጃ

የእኔ ይግባኝ የሚከተሉትን ይመለከታል (አንዱን ይምረጡ):-

- Medicaid EPD Waiver Medicaid እና EPD Waiver DC Healthcare Alliance

የMedicaid፣ EPD Waiver፣ ወይም Alliance መለያ ቁጥር (የሚያውቁ ከሆነ):- _____

የMedicaid፣ የEPD Waiver፣ ወይም የAlliance Provider ስም (የሚያውቁ ከሆነ):- _____

ክፍል 3 - ለምን ችሎት መቅረብ ፈለጉ?

ከጉዳይዎ ጋር የሚሄዱ ሳጥኖች ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ፤

(ከጀርባ ይመልከቱ)

በMedicaid፣ በEPD Waiver ወይም በAlliance መርሃ ግብር ስር የህክምና ወይም የጥርስ ህክምና አገልግሎቶች፣ መሳሪያዎች ወይም አቅርቦቶችን (ለምሳሌ፣ የሆስፒታል ህክምና፣ ቀዶ ጥገና፣ የጥርስ ተከላ፣ ተሽከርካሪ ወንበር፣ የመድሃኒት ማዘዥ ወዘተ) ጠይቁያለሁ። የተጠየቀውን አገልግሎት፣ መሳሪያ ወይም አቅርቦት አላገኘሁም። እባክዎን ያብራሩ፡- _____

በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፕ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር መሰረት የግል እንክብካቤ ረዳት (personal care aide (PCA)) አገልግሎቶችን ተከልክያለሁ ወይም አላገኘሁም።

በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፕ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር መሰረት በፕሲኬ (PCA) አገልግሎቶች ላይ የተጠየቀውን ጭማሪ ተከልክያለሁ።

በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፕ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር ለፕሲኬ (PCA) አገልግሎቶች ማረጋገጫዬ ዘግይቷል። ማረጋገጫው ያበቃበት (ወይም የሚያበቃበት) ቀን፤ _____

በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፕ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር የኔ የፕሲኬ (PCA) አገልግሎቶች ቆመዋል ወይም ሊያቆሙ ነው። ጥቅሙ ያበቃበት (ወይም የሚያበቃበት) ቀን፤ _____

በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፕ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር የኔ የፕሲኬ (PCA) አገልግሎቶች ተቀንሰዋል ወይም ሊቀነሱ ነው። ጥቅሙ የተቀነሰበት (የሚቀነስበት) ቀን፤ _____
አገኝ የነበረው የፕሲኬ (PCA) ሰዓታት፤ _____ የታቀደው አዲስ የፕሲኬ (PCA) ሰዓታት፤ _____

ሌላ (እባክዎ ያብራሩ)፤ _____

ክፍል 4 - የቋንቋ ተደራሽነት

በችሎቱ ውስጥ እንዲሳተፉ ለማገዝ፤ የአስተዳደር ችሎት ቢሮ (OAH) አስተርጓሚ እንዲያቀርብልዎ ይፈልጋሉ?

አዎ አይ

አዎ ከሆነ፤ የምን ዓይነት ቋንቋ ነው የሚፈልጉት? _____

ክፍል 5 - ምክንያታዊ አቅርቦት (Reasonable Accommodation)

በችሎቱ ውስጥ እንዲሳተፉ ለማገዝ፤ ምክንያታዊ አቅርቦት (reasonable accommodation) ይፈልጋሉ?

አዎ አይ

አዎ ከሆነ፤ እባክዎ ያብራሩ፤ _____

ክፍል 6 - የችሎቱን መጠየቂያ ማን አዘጋጀ?

የችሎቱን ጥያቄ ያዘጋጀው ሰው ፊርማ (ጥያቄው በስልክ ካልሆነ በስተቀር)፤

_____ ስም ይጻፉ _____ ቀን
የችሎቱን ጥያቄ ያቀረበው ሰው ኢሜይል፤ ስልክ፤ የፖስታ መላኪያ አድራሻ (ከላይ ካልተጻፈ)፤

ይህንን ሰጥን አይሙሉ። የአስተዳደር ቢሮ (OAH) ጽ/ቤት ይሞላዋል።
ተቀብሏል በ _____ ቀን፤ _____