



**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
በኤሌክትሮኒክ ማስገባት፡- <https://ecourt.oah.dc.gov/public-portal>

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 ፐረሰንስ ዊዝ ፊዚካል ዲስኤቢሊቲስ)፣ ወይም በDC Healthcare Alliance ስር የጤና ጥበቃ ሽፋን ላይ ባሳለፉት ውሳኔ፣ እርምጃ፣ ወይ ዳተኝነት ላይ ባለመስማማትም ምክንያት በአስተዳደር ህግ ዳኛ ፊት ችሎት እንዲመጥልዎ ከፈለጉ ይህንን ቅፅ ይጠቀሙ። የውሳኔው ቅጂ ካለዎት ያያይዙት። ከእነዚህ መርሃ ግብሮች ውስጥ ለአንዱ የፋይናንስ ብቁነትን ባሟመለክት የተላለፈ ውሳኔ ላይ ይግባኝ ለማለት ከፈለጉ፣ እባክዎን ዲፖርትመንት አፍ ሂደትን ሰርቪስስ ውሳኔ ይግባኝ የሚል ርዕስ ያለውን ቅፅ ይጠቀሙ።

ክፍል 1 - የመገናኛ መረጃ

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

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፤

- 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 አቅርቦቶች አላገኘሁም። እባክዎን ያብራሩ፡- _____
- በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፒ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር መሰረት የግል እንክብካቤ ረዳት (personal care aide (PCA)) አገልግሎቶችን ተከልክያለሁ ወይም አላገኘሁም።
- በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፒ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር መሰረት በፒሲኤ (PCA) አገልግሎቶች ላይ የተጠየቀውን ጭማሪ ተከልክያለሁ።
- በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፒ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር ለፒሲኤ (PCA) አገልግሎቶች ማረጋገጫዎ ዘግይቷል። ማረጋገጫው ያበቃበት (ወይም የሚያበቃበት) ቀን፤ _____
- በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፒ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር የኔ የፒሲኤ (PCA) አገልግሎቶች ቆመዋል ወይም ሊቆሙ ነው። ጥቅሙ ያበቃበት (ወይም የሚያበቃበት) ቀን፤ _____
- በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፒ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር የኔ የፒሲኤ (PCA) አገልግሎቶች ተቀንሰዋል ወይም ሊቀነሱ ነው። ጥቅሙ የተቀነሰበት (የሚቀነሰበት) ቀን፤ _____
አገኝ የነበረው የፒሲኤ (PCA) ሰዓታት፤ _____ የታቀደው አዲስ የፒሲኤ (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)፤

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

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