

**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 | **ኢሜይል፤** oah.filing@dc.gov | **በኤሌክትሮኒክ ማስገባት፡-** 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 ባለመስማማት ምክንያት በአስተዳደር ህግ ዳኛ ፊት ችሎት እንዲደመጥልዎ ከፈለጉ ይህንን ቅፅ ይጠቀሙ። የውሳኔው ቅጂ ከላዎት ያያይዙት። ከእነዚህ መረጃ ግብሮች ውስጥ ለአንዱ የፋይናንስ ብቁነትን በሚመለከት የተለያዩ ውሳኔ ላይ ይግባኝ ለማለት ከፈለጉ፣ እባክዎን ዲፖርትመንት አፍ ሂደትን ሰርቪስስ ውሳኔ ይግባኝ የሚል ርዕስ ያለውን ቅፅ ይጠቀሙ።

ክፍል 1 – የመገኛ መረጃ

ክፍል 1 – የመገኛ መረጃ ማመልከቻውን ያቀረበው ወገን መረጃ	
ስምዎን፤	የፖስታ አድራሻዎ፤
የስልክ ቁጥርዎ፤	
የኢሜይል አድራሻ (ካለ)፤	የእርስዎ ዋርድ (Ward) (የሚያውቁት ከሆነ)፤
<input type="checkbox"/> ሰነዶችን በኢሜይል ብቻ ለመቀበል እስማማለሁ ለዚህ ጉዳይ ተወካይ ወይም የጉዳይ አስፈጻሚ (Case Manager) ካላዎት (የሚመለከተው ላይ ምልክት ያድርጉ)፤	
<input type="checkbox"/> ጠበቃ ያልሆነ <input type="checkbox"/> ጠበቃ <input type="checkbox"/> ጉዳይ አስፈጻሚ (Case Manager)	
የተወካይ ወይም የጉዳይ አስፈጻሚ ስም፤	የተወካይ ወይም የጉዳይ አስፈጻሚ አድራሻ፤
ስልክ፤	
የኢሜይል አድራሻ፤	አደረጃጀት (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፤

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 ማረጋገጫዬ ዘግይቷል። ማረጋገጫው ያበቃበት (ወይም የሚያበቃበት) ቀን፤ _____

በሜዲኬይድ (Medicaid) ወይም በኢዲፒ ዌቨር (EPD Waiver) መርሃ-ግብር ስር የኔ የፒሲኤ (PCA) አገልግሎቶች ቆመዋል ወይም ሊያቆሙ 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 (የሚቀነስበት) 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 ፈርማ (ጥያቄው በስልክ ካልሆነ በስተቀር)፤

የአዘጋጁ ስም (በጽሑፍ) _____

አድራሻዎ፤ _____

የስልክ፤ _____

የኢሜይል አድራሻ፤ _____

የአዘጋጁ ፊርማ _____

ቀን _____