

የጤና ክብካቤ ሽፋን ማመልከቻ (እና ለወጪዎች እገዛ ያገኙ ይችሉ እንድሆን ለማወቅ)

እርስዎ የትኛውን የጤና ክብካቤ ሽፋን መስፈርት እንደሚያሟሉ ለማየት ይህንን ማመልከቻ ይጠቀሙ፡-

- ነፃ ወይም ዝቅተኛ ወጭ የጤና እንክብካቤ ሽፋን ከ Washington Apple Health (ሜዲኬይድ)፣ ለልጆች እንዲሁም የህፃናት ጤና መድን ፕሮግራም (CHIP) በመባል የሚታወቁትን የአረቦን ክፍያ ጨምሮ
- የእርስዎን የጤና ክብካቤ አርቦኖች የመድን መስፈርቶችን የሚያሟሉ የጤና ዕቅድ መክፈል እንዲችሉ የሚያግዝዎት የታክስ ብድር
- ሙሉ ወጪ የግል የመድን መስፈርቶችን የሚያሟሉ የጤና አቅድ እና የመድን መስፈርቶችን የሚያሟሉ የጥርስ ህክምና አቅድ

በፍጥነት አንላይን ያመልከቱ

- በፍጥነት አንላይን በ wahealthplanfinder.org ላይ ያመልከቱ

ለራስዎ እና ለሌሎች ለማመልከት የሚያስፈልግዎት መረጃዎች፡-

- የማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች
- ለኢዮንዳንዱ የቤተሰብዎ አባል የትውልድ ቀናት
- ለማንኛውም የጤና እንክብካቤ ሽፋን ለሚያመለክቱ ስደተኞች የውጭ ፓስፖርት፣ “A” ቁጥር ወይም ሌላ የስደተኛ ቁጥሮች
- የገቢ መረጃ ለሁሉም ጎልማሶች እና ለሁሉም የግብር ተመላሽ እንዲያሳውቁ የሚያስፈልግ በቂ ገቢ ላላቸው ለአካለ መጠን ያልደረሱ ልጆች
- ለእርስዎ ወይም ለቤተሰብዎ የሚገኝ የጤና መድን መረጃ

ብዙ መረጃ የምንጠይቀው ለምንድን ነው?

እርስዎ የትኛውን የጤና ክብካቤ ሽፋን መስፈርት እንደሚያሟሉ ለመወሰን የሚከተሉትን መረጃዎች እንፈልጋለን፡- እርስዎ የሰጡንን መረጃዎች ሕግ በሚያስገድደው መሠረት በሚስጡር እንይዛለን።

የተሟላ እና የተፈረመ ማመልከቻዎችን በሚከተለው ይላኩ፡

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
ወይም ፋክስ 1-855-867-4467

የምንጠይቀውን መረጃ በሙሉ ከሌልዎት፣ ማመልከቻዎን ስምዎን፣ የትውልድ ቀንዎን፣ አድራሻዎን እና ፊርማዎን በመሙላት ከላይ ባለው አድራሻ በፖስታ መላክ ይችላሉ።

በዚህ መተግበሪያ ላይ እገዛን ያግኙ፡-

- አንላይን፡- wahealthplanfinder.org
- ስልክ፡- ለድንበኛ ድጋፍ ማእከል በሚከተሉው ቁጥር ይደውሉ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ወይም 1-855-627-9604 (TTY)
- በአካል፡- የማመልከቻ እገዛን ለማግኘት በ wahealthplanfinder.org ላይ ባለው የድንበኛ ድጋፍ አገናኝ በኩል አሳሽ ወይም ደላላ ይፈልጉ።
- ቋንቋ ወይም አካል ጉዳተኝነት፡- በቋንቋዎ ነፃ እርዳታ (አስተርጓሚ ወይም ተተርጉመው የታተሙ ጽሑፎችን ጨምሮ) ወይም የአካል ጉዳተኛ መጠለያ ለማግኘት 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ወይም 1-855-627-9604 (TTY) ይደውሉ

ትርጓሜዎች

የጤና ኢንሹራንስ አረቦን የግብር የዱቤ ክፍያ:- የግብር ዱቤዎች ወርሃዊ የአረቦን ክፍያዎን ለመቀነስ ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል።

Washington Healthplanfinder:- በዋሽንግተን ላሉ ግለሰቦች፣ ቤተሰቦች እና አነስተኛ ንግዶች ሽፋንን ለማነፃፀር እና ለመመዘገብ እና የታክስ ዱቤዎችን፣ የወጪ መጋራትን ለመቀነስ እና እንደ Washington Apple Health ያሉ የህዝብ ፕሮግራሞችን ለማግኘት የመስመር ላይ የገበያ ቦታ።

የአረቦን ክፍያ:- ለአርሰዎ የጤና ዕቅድ በየወሩ የሚከፍሉት የገንዘብ መጠን፣ ካለ። ምንም እንኳን ምንም ዓይነት የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶች ባያገኙም ሽፋንን ለመጠበቅ የአረቦን ክፍያዎን መክፈል አለብዎት።

የመድን መስፈርቶችን የማያሟላ የጤና እቅድ:- በ Washington Healthplanfinder በኩል የግል የጤና ሽፋን።

ዝቅተኛ አስገዳጅ ሽፋን:- ይህ አንድ ግለሰብ በተመጣጣኝ ክብካቤ ድንጋጌ መሰረት የግለሰብ የኃላፊነት መስፈርትን ማሟላት ያለበት የሽፋን ዓይነት ነው። ይህም የግለሰብ እና የቤተሰብ የጤና መድን ፖሊሲዎች፣ ስራ ላይ የተመሰረተ ሽፋን፣ ሜዲኬር፣ ሜዲኬይድ፣ የህጻናት ጤና መድን ፕሮግራም (CHIP)፣ TRICARE እና ሌሎች 10 ዋና የጤና ጥቅማ ጥቅሞችን የሚሸፍን ሽፋንን ይጨምራል።

አስገዳጅ የጤና ጥቅማ ጥቅሞች (Essential Health Benefits):- ሁሉም እቅዶች መሸፈን ያለባቸው 10 የጤና አጠባበቅ አገልግሎቶች ስብስብ፣ እንደ ሐኪም ጉብኝት፣ የሆስፒታል ቆይታዎች እና በሐኪም የታዘዙ መድሃኒቶች። አንዳንድ ጥቅማ ጥቅሞች ነጻ ናቸው፣ እና አንዳንዶቹ የጋራ ክፍያ እና የጋራ ኢንሹራንስ ሊኖራቸው ይችላሉ።

Washington Apple Health:- ብቁ ለሆኑ የዋሽንግተን ነዋሪዎች የህዝብ ጤና መድን ፕሮግራሞች። Washington Apple Health በዋሽንግተን ለሜዲኬይድ፣ ለህፃናት ጤና መድን ፕሮግራም (CHIP) እና በዋሽንግተን ግዛት የገንዘብ ድጋፍ ለሚደረግላቸው ሌሎች የጤና እንክብካቤ ፕሮግራሞች ጥቅም ላይ የሚውል ስም ነው።

የራሳቸውን ሥራ ለሚሰሩ ሰዎች

ለተጣራ የግል ስራ ገቢዎ መጠን ለማግኘት ከዚህ ቦታ ላይ ያሉትን የሚፈቀዱ ወጪዎችን ከጠቅላላ ገቢዎ መቀነስ ይችላሉ። ለበለጠ መረጃ፣ በ www.irs.gov ላይ “መርሐግብር C ወይም መርሐግብር F መመሪያዎችን” ይመልከቱ።

አንዳንድ የሚፈቀዱ ወጪዎች ምሳሌዎች:-

- የመኪና እና የከባድ መኪና ወጪዎች
- ኮሚሽን፣ ክፍያዎች እና የኮንትራት ሠራተኞች
- መሟጠጥ
- የአርጅና ዋጋ ቅናሽ
- የሰራተኞች ጥቅማ ጥቅሞች ፕሮግራሞች፣ ጡረታ እና የትርፍ መጋራት እቅዶች
- መድን (ከጤና በስተቀር) እና የሞርጌጅ ወለድ
- የሕግ እና የሙያ አገልግሎቶች
- የቢሮ ወጪዎች፣ ኪራይ እና የረዥም ጊዜ ኪራይ
- ንብረት፣ እዳ ወይም የንግድ መቋረጥ ኢንሹራንስ
- አቅርቦቶች፣ ጥገና፣ እና አድሳት
- ጉዞ፣ ምግብ እና መዝናኛ
- መገልገያዎች፣ ግብሮች እና ፈቃዶች
- ምንዳ (ያነሰ የሥራ ክሬዲት)

የጤና ክብካቤ ሽፋን መብቶች እና ግዴታዎች

ለሁሉም የጤና እንክብካቤ ሽፋን ፕሮግራሞች መብቶች (እኛ አሉን)

እርስዎ የተጠየቁትን ቅጾች እንዲያጠብቁ እና እንዲሞሉ ልናግዝዎት ይገባል። ለእርዳታ Washington Healthplanfinder ማኅበር ይገኛል። ወይም እርዳታ የተጫነውን፣ ዓይነ ሰው ለውጥ ወይም አካል ጉዳተኛ ወይም የረጅም ጊዜ አገልግሎቶች እና ድጋፎች (LTSS) የሚያስፈልግዎት ግለሰብ ከሆኑ የማህበራዊ እና የጤና አገልግሎቶችን (DSHS) ማኅበር ይገኛል።

ከ Washington Healthplanfinder፣ የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን ወይም DSHS ጋር ሲገናኙ የለምንም ክፍያ እና ሳይዘገይ የአስተርጓሚ ወይም የትርጉም አገልግሎቶችን ያቀርባሉ።

የግል መረጃዎን በሚሰጡ ደቁቶ ግን የተወሰነ መረጃ ለብቁነት እና ለምዝገባ ዓላማ ከሌሎች የግዛት እና የፌዴራል ኤጀንሲዎች ጋር ልናጋራ እንችላለን።

በ Washington Healthplanfinder ወይም DSHS የእርስዎን የጤና ሽፋን፣ LTSS፣ የጤና አቅድ፣ የጤና መድሃኒት የአረብኛ ክፍያ የታከሰ ክሬዲት ወይም የወጪ መጋራት ቅናሾች ላይ በተሰጠው ውሳኔ ካልተሰማሙ ይግባኝ እንዲጠይቁ እድል ይሰጡዎታል። ይግባኝ በመጠየቅ፣ ጉዳይዎ ይገመግማል። ስለ Washington Healthplanfinder ይግባኝ ሂደት ተጨማሪ መረጃ በ Washington Healthplanfinder ይግባኝ ገጽን በ <http://www.wahbexchange.org/appeals/> ላይ በመጎብኘት ወይም Washington Healthplanfinder የድንበኞች ድጋፍ ማዕከልን በ 1-855-923-4633 በማኅበር ማግኘት ይችላሉ። ለ DSHS ፕሮግራሞች ይግባኝ ስለ መጠየቅ መረጃ ለማግኘት የ DSHS የድንበኞች አገልግሎት መገኛ ማዕከልን በ 1-877-501-2233 ማኅበር ወይም የአካባቢዎን የቤት የማህበረሰብ አገልግሎት ቢሮ መጎብኘት ይችላሉ። ይግባኝ በምጋሚ ኮሚቴ ያልታየ የ Washington Apple Health ሽፋንን በተመለከተ በተሰጠው ውሳኔ ላይ የቀረበ ከሆነ እርስዎ ጉዳይዎ የሚሰማበት የአስተዳደራዊ ችሎት ቀጠሮ ይያዝልዎታል።

በፍትሐዊ መንገድ ልንይዝ ይገባል። መድልዎን ማገገሚያ ለመስጠት ድርጊት ነው። የዋሽንግተን የጤና ጥቅማ ጥቅሞች ልውውጥ/የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን የሚመለከታቸውን የፌዴራል ሲቪል መብቶችን ያከብራል እና በዘር፣ በቀለም፣ በብሄራዊ ማንነት፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ላይ የተመሰረተ አድልዎ አያደርግም። የዋሽንግተን የጤና ጥቅማ ጥቅሞች ልውውጥ/የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን ስምዎን በዘራቸው፣ በቀለማቸው፣ በብሄራዊ ማንነት፣ በእድሜያቸው፣ በአካል ጉዳታቸው ወይም በጾታቸው ምክንያት አያገለግሉዎትም ወይም በተለየ አይደሉዎትም።

የዋሽንግተን የጤና ጥቅማ ጥቅሞች ልውውጥ/የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን የሚመለከታቸውን የግዛት ህጎችን ያከብራል እና በእምነት፣ በጾታ፣ በጾታ መግለጫ ወይም በማንነት፣ በጾታዊ ዝንባሌ፣ በጋብቻ ሁኔታ፣ በሃይማኖት፣ በክብር የተሰጠ የቀድሞ ወታደር ወይም የውጥ-ድርጅት ሁኔታ ወይም የአካል ጉዳተኝነት ያለበት ሰው የሰለጠነ ውሻን ወይም አገልጋይ እንሰሳን እንደ መንገድ መሪ መጠቀምን መሰረት በማድረግ አድልዎ አያደርግም።

የዋሽንግተን የጤና ጥቅማ ጥቅሞች ልውውጥ/የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን፡-

- **ከእኛ ጋር በጠቃሚ እንዲገቡ የአካል ጉዳተኝነት ላለባቸው ሰዎች ነፃ እርዳታ እና አገልግሎቶችን ይሰጣል፣ ለምሳሌ፡-**
 - ብቁ የምልክት ቋንቋ አስተርጓሚዎች
 - በሌሎች ቅርጾች የተጻፈ መረጃን (ትልቅ ህትመት፣ ድምጽ፣ ተደራሽ ኤሌክትሮኒክስ ቅርጾች፣ ሌሎች ቅርጾች)
- **የመጀመሪያ ቋንቋቸው እንግሊዘኛ ላልሆኑ ሰዎች ነፃ የቋንቋ አገልግሎቶችን ይሰጣል፣ ለምሳሌ፡-**
 - ብቁ አስተርጓሚዎች
 - በሌሎች ቋንቋዎች የተጻፈ መረጃ

እነዚህን አገልግሎቶች ከፈለጉ፣ በ 1-855-923-4633 ያነጋግሩ።

የዋሽንግተን የጤና ጥቅማ ጥቅም ልውውጥ/የጤና ክብካቤ ባለስልጣን እነዚህን አገልግሎቶች ለመስጠት ተስኖታል ወይም በሌላ መንገድ መድልዎ ፈጽሟል ብለው ካመኑ፣ ቅሬታዎን በሚከተለው ማቅረብ ይችላሉ፡-

- ♦ **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
ፋክስ:- 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- ♦ **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
ፋክስ:- 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

ቅሬታዎን በአካል ወይም በፖስታ፣ በፋክስ ወይም በኢሜይል ማስገባት ይችላሉ። ቅሬታ ለማቅረብ እርዳታ ከፈለጉ፣ እርስዎን ለመርዳት የዋሽንግተን የጤና ጥቅማ ጥቅሞች ልውውጥ የህግ መምሪያ/የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን የህግ አገልግሎት ክፍል ይገኛል።

እንዲሁም የሲ.ቪ.ል ሙብቶችን ቅሬታ ለአሜሪካ የጤና እና የሰብዓዊ አገልግሎት መምሪያ፣ ለሲ.ቪ.ል ሙብቶች ቢሮ በኤሌክትሮኒክ መንገድ በ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ማስገባት ይችላሉ። ወይም በፖስታ ወይም በስልክ በ፡-

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

የአቤቱታ ቅጾችን በ www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html ላይ ሊያገኙት ይችላሉ።

ለሁሉም የጤና እንክብካቤ ሽፋን መርገጫዎች የእርስዎ ኃላፊነቶች (ግዴታ አለብዎት)

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) እና የኢሚግሬሽን ሁኔታ መረጃ። ከአንዳንድ ልዩ ሁኔታዎች በስተቀር፣ የራስዎን እና ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ማመልከት የሚፈልግ ማንኛውም ሌላ በቤተሰብዎ ውስጥ ያለን ሰው-የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የኢሚግሬሽን ሰነድ ቁጥር ማቅረብ አለብዎት። የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ለጤና ኢንሹራንስ የአረብን ግብር የዱቤ ክፍያ አገልግሎት ለማግኘት ለማመልከት አስፈላጊነው። ይህንን መረጃ የእርስዎን ማንነት፣ ዜግነት፣ የኢሚግሬሽን ሁኔታ፣ የትውልድ ቀን እና የሌላ ጤና ክብካቤ ሽፋን መኖር አለመኖር በማረጋገጥ እርስዎ ለፕሮግራሙ ብቁ መሆንዎን ለመወሰን እንጠቀማለን።

ይህንን መረጃ ለማንኛውም የኢሚግሬሽን ኤጀንሲ አናጋሪም።

እርስዎ ለቤተሰብዎ አባል ለሆነ ግለሰብ ማመልከት ይችላሉ፤ ነገር ግን ለሌሎች ግለሰቦች ማመልከት አይችሉም። ለሁሉም የቤተሰብ አባላት የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የሰይተኛ ሰነድ ቁጥር ከሌሎች ሌሎች ለእነሱ አመልክተው ሽፋኑን ማግኘት ይችላሉ። ለምሳሌ፣ ምንም እንኳን ለመድን ሽፋን እርስዎ ብቁ ባይሆኑም ለእርስዎ ልጅ ግን ማመልከት ይችላሉ። ማመልከት የኢሚግሬሽን ሁኔታዎን ወይም ቀዳሚ ነዋሪ ወይም ዜጋ የመሆን አድሎች ላይ ተጽኖ አያሳድርም።

በሀገሪቱ ውስጥ በሕጋዊ መንገድ እየኖሩ የሚገኙ መሆናቸውን ማሳየት ለማይችሉ ሰዎች የሚሰጥ የተወሰኑ የ Washington Apple Health ፕሮግራሞች አሉ። ነገር ግን እርስዎ የቤተሰብዎ አባል ለሆነ ግለሰብ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የሰይተኛ ሰነድ ቁጥር ለማቅረብ ካልፈለጉ ያላመለከተውን ግለሰብ ገቢ በተመለከተ መረጃውን ለማግኘት በእርስዎ ላይ ክትትል ማድረግ ይጠበቅብናል።

በኤጀንሲው ከተጠየቁ፣ ብቁ መሆንዎን ለመወሰን የሚያስፈልገውን ማንኛውንም መረጃ ወይም ማረጋገጫ ያቅርቡ።

ለሁሉም የጤና እንክብካቤ ሽፋን ፕሮግራሞች ማወቅ ያለብዎ ነገሮች

Washington Healthplanfinder እና በግዛት የሚተዳደር የመተግበሪያ ስርዓቶችን አሰራር፣ አንደ አንድ ሰው የእርስዎን ሙብቶች እና ኃላፊነቶች እና እነሱን ሲጠቀሙ የሚያገኙትን ሽፋን የሚቆጣጠሩ የክልል እና የፈረድ ህጎች አሉ። እነዚህን ሥርዓቶች በመጠቀም በተጠቃሚዎች እና በሽፋኑ ላይ ተፈጻሚ የሚሆኑትን ሕጎች ለማክበር ተስማምተዋል።

በ1973 የወጣው ብሔራዊ የመሪያ ምዝገባ ደንብ ሁሉም ግዛቶች በሕዝብ ድጋፍ ሰጪ ጽ/ቤቶቻቸው አማካይነት የመሪያ ምዝገባ እገዛ እንዲሰጡ ያስገድዳቸዋል።

የእርስዎ ምርጫ ለመምረጥ መመዘኑን ወይም አለመመዘኑን በዚህ ኤጀንሲ በሚሰጥዎት አገልግሎቶች ወይም ጥቅማጥቅሞች ላይ ምንም ዓይነት ተጽእኖ አያሳድርም። እርስዎ ምርጫ ለመምረጥ በ www.vote.wa.gov ላይ ወይም የመሪያ ምዝገባ ቅጽ በስልክ ቁጥር 1-800-448-4881 ደውላው በማዘዝ መመዘኑን ይችላሉ።

የጤና መድህን ተንቀሳቃሽነት እና የተጠያቂነት ህግ (HIPAA) ገደቦች የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን (HCA) እና DSHS የእርስዎን ወይም የቤተሰብዎ አባል የጤና መረጃ ከማንም ጋር፣ ስልጣን ያለው ተወካይን ጨምሮ፣ ያ ግለሰብ የውክልና ስልጣን ካለው ወይም ይህንን መረጃ ይፋ ለማድረግ የሚያስችል የስምምነት ቅጽ ካልፈረሙ በስተቀር እንዳይወያዩ ይከለክላል። ይህም የአለም ጤና መረጃ፣ የኤች.ኤይ.ቪ.፣ የኤድስ፣ የአባላዘር በሽታ ምርመራ ውጤቶች፣ ወይም ስለሚያገኙት ሕክምናና መድሃኒት ጥገኝነት አገልግሎቶች ይፋ ማድረግን ያካትታል።

ስለ Washington Healthplanfinder የግላዊነት ፖሊሲ የበለጠ መረጃ ለማግኘት https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html ይጎብኙ

የተመጣጣኝ እንክብካቤ ደንብ Washington Healthplanfinder እና DSHS የእርስዎን ወይም የቤተሰብዎ አባል በግል የሚላይ መረጃን (PII) እንዲቀበሉ ላልተፈቀደለት ማንኛውም አካል ያለፈቃድም እንዳይሰጥ ይከለክላል።

ለ Washington Healthplanfinder እና DSHS የሚሰጡት መረጃ ለጤና አጠባበቅ ሽፋን ብቁ መሆንን ለመወሰን በፌዴራል እና በግዛት ባለስልጣናት ሊረጋገጥ ይችላል። ማረጋገጫው በኤጅንሲው ሠራተኞች የሚደረግ ክትትል ጉብኝቶችን ሊያካትት ይችላል።

በ Washington Healthplanfinder በኩል ለጤና መድን ማመልከቻ መሙላት ጀምረው እና በማገኛውም ምክንያት ሂደቱን ካላጠናቀቁ፤ መረጃዎ በ Washington Healthplanfinder ውስጥ ተከማችቶ ለ 90 ቀናት ለእርስዎ ተደራሽ ይሆናል። ከ 90 ቀናት ጊዜ በኋላ ማመልከቻን ካላጠናቀቁ፤ መረጃዎ ከ Washington Healthplanfinder ስርዓት ይሰረዛል።

Washington Healthplanfinder፣ HCA እና የማህበራዊ እና የጤና አገልግሎት መምሪያ DSHS የእርስዎን የጤና ኢንሹራንስ አቅድ የመምራት ኃላፊነት የለባቸውም። የጤና መድን አገልግሎት አቅራቢ ስለ ጥቅማጥቅሞች የበለጠ መረጃ ሊሰጥዎ ይችላል።

እርስዎ ከአቅድ ስር ከተዘረዘሩት የኪሳ ወጪዎች ውስጥ የሚገኙትን ጥቅማጥቅሞች ጨምሮ ስለ ጤና ኢንሹራንስ አቅድ ግዴታዎች ጥያቄዎች ካልዎት እና የጥቅማጥቅም ጥያቄ የሚያቀርቡ ከሆነ ወይም ጥቅማጥቅም ስለቀረብዎ ይግባኝ የሚያቀርቡ ከሆነ የራሳዎን የጤና ኢንሹራንስ አቅራቢዎን ማገገጥ አለብዎት። በ Washington Healthplanfinder በኩል የተገዛ ማገኛውም የጤና መድን ሽፋን መቆረጥን ተከትሎ ለCOBRA ብቁ ከሆኑ፣ COBRAን ማስተዳደር እና የሚፈለጉትን የCOBRA ማሳወቂያዎች እና የምርጫ ወቅቶችን መስጠት የአስሪዎ ሃላፊነት ነው።

የፈቃድ መስጫ ደብዳቤ እና የኢንሹራንስ ፖሊሲ በተጨማሪ የኢንሹራንስ ውል ወይም ምስክር ወረቀት በመባል የሚታወቀውን ከመረጡት ከእርስዎ የኢንሹራንስ አገልግሎት አቅራቢ አስከፊነቱን ድረስ ማናቸውንም የ COBRA ጥቅም ጥቅሞችን ውድቅ እንዳያደርጉ ወይም አሁን ያለን የኢንሹራንስ ሽፋንን እንዳይሰርዙ። የመመሪያውን ደንቦች መረዳት እና መስማማት ምን ያረጋግጡ፣ የሚሰራበት ቀን፣ የጥበቃ ጊዜ፣ የአረብን ክፍያ መጠን፣ ጥቅማጥቅሞች፣ ገደቦች፣ የማይካተቱ እና ተዳብይ ሁኔታዎች ላይ ልዩ ትኩረት ይሰጡ።

እርስዎ በህግናት ድጋፍ ዋና ክፍል (Division of Child Support (DCS)) አማካኝነት የድጋፍ ማስፈጸሚያ አገልግሎት ለማግኘት ማመልከት ይችላሉ። የእነዚህ አገልግሎቶች ማመልከቻ ለማግኘት፣ ወደ www.childsupportonline.wa.gov ይሂዱ ወይም በእርስዎ አካባቢ የሚገኙ የህግናት ድጋፍ ዋና ክፍል DCS ጽ/ቤት ያነጋግሩ።

ሙቡቶች (እኛ አለን) ለ Washington Apple ጤና ብቻ

እርስዎ ከጠየቁ ስለ ሙቡቶች እና ግዴታዎች እና ስራዎታሉን።

ቢያንስ የእርስዎን ስም፣ አድራሻ እና ፈርማ ወይም የአመልካቹ ስም ወይንም የሰጠውን ስም ማመልከቻ እንዲያቀርቡ እንፈቅዳለን። ከፊል ማመልከቻ የምናገኝበት ቀን የማመልከቻ ቀንዎ ነው። ሽፋንዎ ውጤታማ በሚሆንበት ጊዜ ላይ ተጽዕኖ ሊያሳድር ይችላል። ማመልከቻውን አጠናቀው ካልጨረሱ በስተቀር ስለ ሽፋንዎ የመጨረሻ ውሳኔ አንስተዎ።

በ WAC 182-503-0005 ሥር የተዘረዘረውን ማገኛውም ዘዴ በመጠቀም ማመልከቻ ወይም ከፊል ማመልከቻ እንዲያቀርቡ እንፈቅዳለዎታለን።

የእርስዎን ማመልከቻ ወዲያው በWAC 182-503-0060 ላይ ከተቀመጠው ቀን ገደብ ሳይሆን እና የሞላለን።

እርስዎ ለአገልግሎት ብቁ መሆንን ለመወሰን የማስፈልጋቸውን መረጃዎች እንዲሰጡን 10 ቀናት እንሰጥዎታለን። ተጨማሪ ጊዜ ከጠየቁ፣ ተጨማሪ ጊዜ እንሰጥዎታለን። መረጃ ለእኛ ካልሰጡን ወይም ተጨማሪ ጊዜ እንዲሰጥዎት ካልጠየቁ፣ የእርስዎን የጤና ክብካቤ የመድን ሽፋን ውድቅ ልናደርግ፣ ልንዘጋ ወይም ልንለውጥ እንችላለን።

ብቁ መሆንን ለመወሰን ለእኛ የሚያስፈልጉትን ማገኛውንም መረጃ ወይም ማረጋገጫ ማግኘት ላይ ችግር ካጋጠመዎት እንረዳዎታለን። እኛ እርስዎን ገንዘብ የሚያስወጣ ሰነድ እንዲያቀርቡልን ከፈለግን እኛ የዚህን ማስረጃ ወጪ እንከፍላለን።

የእርስዎን የጤና ክብካቤ የመድን ሽፋን ከማስቆማችን በፊት በአብዛኛው ሁኔታዎች ቢያንስ 10 ቀናት ቀደም ብለን እርስዎ እንዲያውቁት እናደርጋለን።

በአብዛኛው ጊዜ በ45 ቀን ውስጥ ውሳኔውን በፅሁፍ እና ሳውቅዎታለን። የተወሰነ አካል ጉዳተኝነት ጋር በተገናኘ የሚሰጥ የጤና ክብካቤ ሽፋን አስከ 60 ቀናት ሊወሰድ ይችላል። በእርጉዝ ሴት ሕክምና ላይ በ 15 ቀን ውስጥ እኛ የጽሑፍ ውሳኔ እንሰጣለን።

ጉዳይዎን አዲት ካደረግን መርማሪን ለማገገጥ ፈቃደኛ አይደለሁም ለማለት ያስችልዎታል። መርማሪ ቤትዎ እንዲገባ መፍቀድ ላይኛርብዎት ይችላል። መርማሪውን በሌላ ጊዜ እንዲመጣ ሊጠይቁት ይችላሉ። ይህ ዓይነቱ ጥያቄ የእርስዎ የጤና ክብካቤ ሽፋን ማግኘት አለማግኘት ላይ ተጽእኖ አያደርግም።

በWAC 182-504-0125 መሠረት እርስዎ ለሌላ ፕሮግራም ብቁ መሆንን እኛ ብንወስንም እርስዎ የ **Washington Apple Health** ሽፋን ማግኘትዎን ይቀጥሉ።

እርስዎ ለፕሮግራም ብቁ ሆነው ከተገኙ በ WAC 182-503-0120 ውስጥ የተዘረዘሩትን አገልግሎቶች እኩል እንዲያገኙ እናደርጋለን።

የ Washington Apple Health ጋር በተገናኘብኛ የእርስዎ ግዴታዎች (እርስዎ የሚከተሉትን ማድረግ አለብዎት)

እንደአሰራሪነቱ ለውጦችን በWAC 182-504-0105 እና WAC 182-504-0110 በለውጡ በ 30 ቀናት ውስጥ ሪፖርት ያድርጉ። ምን ዓይነት ለውጦችን ሪፖርት ማድረግ እንዳለብዎት ለማየት የማጽደቅ ደብዳቤዎን ያንብቡ።

ሲጠየቁ እድሳዎችን ያጠናቅቁ።

ለጤና ክብካቤ አገልግሎቶች ክፍያ እንድንከፍል የሚያስፈልጉንን የሕክምና አቅራቢዎች መረጃ ይሰጡ።

ለሚዲኬር የማግኘት መብት ካለዎት ያመልክቱ።

ሲጠየቁ ከጥራት ማረጋገጫ ሰራተኞች ጋር ይተባበሩ።

Washington Apple Health ሽፋን ሲጠይቁ ወይም ሲቀበሉ ከሌሎች ምንጮች ሊገኝ የሚችለውን ገቢ ለማግኘት ያመልክቱ እና ምክንያታዊ ጥረት ያድርጉ።

ለ Washington Apple Health ብቻ ማወቅ ያለብዎት ነገሮች

እርስዎ የ Washington Apple Health ዋስትና ለማግኘት በመጠየቅዎ እና በማግኘትዎ ለዋሽንግተን ግዛት የሕክምና ድጋፍ መብቶች በመሉ እና ማንኛውም የኛ ወገን የጤና ክብካቤ ክፍያ ይሰጣሉ።

አጅንኪው የእርስዎን ልጅ የክትባት ታሪክ ለልጅ ክትባት መከታተያ ሥርዓት መገለጫ ሊያጋራ ይችላል።

እርስዎ የሚሰጡት መረጃ እርስዎ እንደ ጤና ክብካቤ ሽፋን፣ የገንዘብ እርዳታ፣ የምግብ እርዳታ እና የልጅ ክብካቤ ድጋፍ የመሳሰሉ ፕሮግራሞች ብቁ መሆን እና ወርሃዊ ጥቅማጥቅም ማግኘት መቻል ለመወሰን ለማግኘት እና ጤና አገልግሎት መምሪያ DSHS ሊሰጥ ይችላል።

በሕዳጅ የዋሽንግተን ስቴት ከእርስዎ መኖሪያ (አሰጣጥ) ለተወሰኑ የሕክምና አገልግሎቶች የክፍለውን ገንዘብ በ Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 እና ምዕራፍ 182-527 WAC) በኩል ሊያስመልስ ይችላል። ንብረት ክፍያን ማስመለስ ከእርስዎ ሞት በኋላ፣ በሕይወት ያሉ የእርስዎ ባለቤት ከሞቱ እና በሕይወት ያሉ ልጆችዎ 21 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ እስከሚሆኑ ድረስ ተፈጻሚ አይሆንም። እንዲሁም በሕይወት ያለው ልጅ እርስዎ በሞቱበት ጊዜ ማየት የተሳነው/አካል ጉዳተኛ ከሆነም ተፈጻሚ አይሆንም። ተመላሽ የሚደረጉ ወጪዎች የሚያካትቱት፡-

- የተወሰኑ የ Washington Apple Health የረዥም ጊዜ አገልግሎቶች እና ድጋፎች፣ አገልግሎቶቹን በተቀበሉበት ጊዜ እድሜዎ 55 ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ፤
- የተወሰኑ በመንግስት የሚደገፉ አገልግሎቶች፣ አገልግሎቶቹን በተቀበሉበት ጊዜ ዕድሜዎ ምንም ይሁን ምን።

እርስዎ የአገልግሎቶቹን ዝርዝር WAC 182-527-2742 ሥር በተደነገገው የወጪ ማስመለስ ሂደት መሠረት ማግኘት ይችላሉ። እርስዎ በWAC 182-527-2746 ስር በተደነገገው የወጪ ማስመለስ ሂደት መሰረት ከማስመለሻው ወጪ የሆኑትን የንብረቶች ዝርዝር ማግኘት ይችላሉ።

ግዛቱ እርስዎ በቆይታነት ወደ እርዳታ ተቋም ከገቡ በማንኛውም ጊዜ ከመቆየት በፊት በቆሚ ንብረት ላይ አንዳ ሊያስተላልፍ ይችላል (WAC 182-527-2734) ግዛቱ የሚከተለው ተፈጻሚ ካልሆነ በስተቀር ክፍያውን ንብረቱን ወይም የእርስዎን ሀብት በመሸጥ ሊያስመልስ ይችላል።

- ባለቤትዎ በንብረቱ ውስጥ ይኖራል፤
- ወንድምዎ ወይም እህትዎ በንብረቱ ውስጥ ይኖራሉ፣ የጋራ ባለቤት ናቸው እና የተወሰኑ ሁኔታዎችን ያሟላሉ።
- ልጅዎ በንብረቱ ውስጥ ይኖራል፣ እና ዓይነ ስወር / የአካል ጉዳተኛ ነው፤ ወይም
- ልጅዎ በንብረቱ ውስጥ ይኖራል እና ከ 21 ዓመት በታች ነው።

እርስዎ የአገልግሎቶቹን ዝርዝር WAC 182-527-2734 ሥር በተደነገገው የወጪ ማስመለስ ሂደት መሠረት ማግኘት ይችላሉ።

እርስዎ ከአገልግሎት ሰጪዎች አላሰራሪ የጤና ክብካቤ አገልግሎት ከተደረገልዎት በአንድ የጤና ክብካቤ ሰጪ፣ ፋርማሲ እና/ወይም ሆስፒታል ሊገደቡ ይችላሉ።

የመድን መሰረቶችን ለማያሟሉ የጤና ዕቅዶች ብቻ ማወቅ ያለብዎት ነገሮች

የእርስዎን መረጃ እና ጥያቄዎን በማመልከቻዎ ላይ ያለውን መረጃ ከፈደራል የውሂብ ቋት ጋር እና መሳክራለን። በማመልከቻዎ ላይ ያስቀመጡት መረጃ ከፈደራል የውሂብ ቋት ጋር የማይዛመድ ከሆነ እነዚህን ሰነዶች ለማቅረብ 95 ቀናት አለዎት። ለእኛ ጥያቄዎችን ምላሽ አለመስጠት የርስዎን ሽፋን ወይም የግብር ክፍያዎች መቀረጥን ሊያስከትል ይችላል። ለጥያቄዎች ምላሽ የመስጠት፣ ጥያቄ ሲኖርዎት እኛን ማነጋገር እና የጊዜ ገደብ ከመድረሱ በፊት ምላሽ የመስጠት ሃላፊነት የእርስዎ ነው።

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡- በእርስዎ ቤተሰብ ውስጥ ያለ ማንኛውም የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ያለው ሰውን የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (ሮች) እንዲሰጡን ይጠበቅብዎታል። አንድ ሰው የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ባይኖረውም የጤና መድን ሽፋንን ማግኘት ይችላል ይሆናል።

የገቢ ለውጦችን ወዲያውኑ ሪፖርት ያድርጉ፡- በማመልከቻዎ ውስጥ የሚያስገቡት ገቢ በዚህ አመት ምን ያህል አገኛለሁ ብለው የሚያስቡት ግምት ነው። ገቢዎ ሲቀየር ግምትዎን ማዘመን አለብዎት። የገቢዎ ለውጥ ለግብር ክሬዲቶች ብቁ መሆንዎን ሊለውጠው ይችላል እና ይህም ተቀናሾችዎን እና የወጪ መጋራት ቅጣዎን ይለውጣል። ገቢዎን በሚገመቱበት ጊዜ በተቻለ መጠን ትክክለኛ ይሁኑ እና ሁሉንም ጉልህ ለውጦች በፍጥነት ያሳውቁ።

የታክስ ክሬዲቶችን ማስታረቅ ያስፈልጋል፡- የተቀበሉትን የግብር ክሬዲቶች ለIRS ሪፖርት ማድረግ ይጠበቅብዎታል። ይህንን የሚያደርጉት ዓመታዊ የIRS የግብር ተመላሽ በማሳወቅ እና ትክክለኛ የIRS ቅጾችን በማካተት ነው። የታክስ ክሬዲቶችን ለIRS ሪፖርት አለማድረግ ለወደፊቱ የታክስ ክሬዲቶችን እንዲያገኙ ያደርግዎታል። ለበለጠ መረጃ ከIRS ቅጾች 1095 እና 8962 ጋር የተሰጠውን መመሪያ ያንብቡ።

የታዩት የጤና መድን ወጪዎች ሊለወጡ ይችላሉ፡- በጤና መድን አገልግሎት አቅራቢው የጽሁፍ ልማዶች እና በሚገኙት ማንኛቸውም አማራጮች ምርጫዎ ላይ በመመስረት ወጪዎች ሊለወጡ ይችላሉ።

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

የጤና ክብካቤ ሽፋን ማመልከቻ ክፍል 1

1 የዋና አመልካች ስም እና የአውቂያ መረጃዎች

የመጀመሪያ ስም _____ መካ.መፈ. _____ የአያት ስም እና ቅጥያ _____

የትውልድ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)* _____ በውልደት የተሰየመ ጾታ _____ ወ _____ ሴ _____

የአመልካች ወይም የተፈቀደለት ተወካይ ፊርማ _____

የቤት አድራሻ አለዎት? አይ አዎ

አይ ከሆነ፣ በየትኛው ካውንቲ ውስጥ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን ማግኘት ይፈልጋሉ? እርስዎ አሁንም የደብዳቤ መላኪያ አድራሻ መስጠት ይጠበቅብዎታል።

የሚኖሩበት ስፍራ አድራሻ _____ ከተማ _____ ግዛት _____ ዚፕ ኮድ _____

የፖስታ መላኪያ አድራሻ (የተለየ ከሆነ) _____ ከተማ _____ ግዛት _____ ዚፕ ኮድ _____

ዋና ስልክ ቁጥር _____ ሁለተኛ ስልክ ቁጥር _____ የኢሜይል አድራሻ _____

Washington Healthplanfinder የእርስዎን ማመልከቻ ሁኔታ በተመለከተ እርስዎን ማነጋግር እና/ወይም ተጨማሪ መረጃዎች ሊጠይቅ ይችላል። አንዴት መገናኘትን ይመርጣሉ? ስልክ ኢሜይል USPS Mail

***HCA ለኢሜይል ማስፈጸም የሚያስፈልጉትን መረጃ ለስደተኛ ኤጀንሲ አስተላልፎ አይሰጥም። SSN ከሌለዎት ይህንን ባዶ ይተውት።**

2 የቋንቋ መረጃ

እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ግለሰብ አስተርጓሚ እንዲሁም ሰነዶችን ከእንግሊዝኛ ውጪ በሌላ ቋንቋ መቀበል ይፈልጋሉ?

አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ የትኛውን ቋንቋ ወይም አማራጭ ቅርጸት ይፈልጋሉ? የሚመለከተውን ሁሉ ይዘርዝሩ፡- _____

እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው አማራጭ ቅርጸት ያለው ሰነድ ይፈልጋሉ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ወደ እርስዎ በምን አይነት አማራጭ ቅርጸት እንላክልዎት? ትልቅ ህትመት እንግሊዘኛ ብሬይል



በቤተሰብ ውስጥ ነፍሰ ጡር አለ? አይ አዎ

1. ሕጋዊ ተወካይ (An authorized representative (AREP)) የቤት ውስጥ ሁኔታዎችን በተመለከተ በበቂ ሁኔታ ግንዛቤ ያለው እና በቤተሰቡ ለብቁነት ማረጋገጥ ዓላማዎች በሕጋዊ መንገድ ቤተሰቡን እንዲወክል ውክልና የተሰጠው አዋቂ ሰው ነው። ይህ ከአሳሽ ወይም ከደላላ ጋር ከመተባበር የተለየ ነው።
2. በህክምና ምክንያት አንድ አመልካች AREP መሰየም ካልቻለ፣ አንድ ግለሰብ የተወካይ ስያሜ ስልጣን ቅጽ (DSHS 14-532) በ dshs.wa.gov/authorized-rep-form ላይ በመሙላት እራሱን AREP አድርጎ ሊሰይም ይችላል።
3. ሕጋዊ ወኪል በመሰየምዎ እርስዎ ለሕጋዊ ወኪልዎ የሚከተሉትን እንዲያከናውኑ ፈቃድ ሰጥተዎቸዋል፡-
 - እርስዎን ወክለው ማመልከቻ እንዲፈረሙ፤
 - የእርስዎ ማመልከቻ እና መለያ ጋር የተገናኙ ማሳወቂያዎችን እንዲቀበሉ፤ እና
 - ከማመልከቻው እና ከመለያዎ ጋር በተያያዙ ጉዳዮች ሁሉ እርስዎን ወክለው ያከናውናሉ።

- a. እርስዎ ህጋዊ ወኪል ይሰይማሉ? አይ አዎ
- b. ህጋዊ ተወካይዎ ከማመልከቻዎ እና ከመለያዎ ጋር የተያያዙ ማሳወቂያዎችን እንዲቀበል ይፈልጋሉ? አይ አዎ

የህጋዊ ተወካይ ስም/ድርጅት _____ የስልክ ቁጥር _____

የህጋዊ ተወካይ የፖስታ አድራሻ _____ የኢሜይል አድራሻ _____

እነዚህን ግለሰቦች በማመልከቻዎ ላይ ማካተት አለብዎት፡- ባለቤትዎ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ልጆችዎ፣ ከልጆቻችሁ ጋር በቤት ውስጥ የሚኖሩ ወላጆች እና በፌዴራል የገቢ ግብር ተመላሽ ላይ ይገባኛል ብለው የሚጠበቁት ማንኛውም ሰው፣ የሚያሳውቁ ከሆነ። **ስለ ቤተሰብዎ መረጃዎችን ለማጋራት ከ 9 እስከ 16 ያሉትን ገጾች ይጠቀሙ።**

በአንድ ሰው የግብር ተመላሽ ላይ እንደ የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ይገባኛል ብለው ከጠበቁ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ የቤተሰብ አባላትን የይገባኛል ጥያቄ የሚጠይቁትን ሁሉንም የግብር አሳዋቂ ቤተሰብ አባላት ማካተት አለብዎት።

ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ለማመልከት ግብር ማሳወቅ አያስፈልግዎትም።

የመጀመሪያ ስም _____ መካ.መፈ. _____ የኢያት ስም _____ የትውልድ ቀን(ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____

ይህ ሰው ለጤና ክብካቤ ሽፋን እያመለከተ ነውን? አይ አዎ

እራሱ

ከእርስዎ ጋር ያለው ዝምድና

(ለሽፋን ለማያመለክቱ ግለሰቦች የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የዜግነት ሁኔታ መስጠት አማራጭ ነው) ዜጋ ወይም ዜጋ-ያልሆነ ሁኔታ፡- (አንዱን ያመልክቱ)

የአሜሪካ ዜጋ ወይም የአሜሪካ ናሽናል _____ ዜጋ ያልሆነ በአሜሪካ ውስጥ በህጋዊ መልኩ የሚገኝ _____ ሌላ _____

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡-

ሕጋዊ የሆኑ ዜጋ ያልሆኑ ግለሰብ ከሆኑ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ፡-

የኢሚግሬሽን ሰነድ አይነት፡-

"A" ቁጥር፡-

የደረሰኝ ቁጥር ወይም ሌላ ቁጥር፡-

የውጭ ሀገር ፓስፖርት ቁጥር፡-

የተሰጠበት ሀገር፡-

የመግቢያ ቀን፡- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

የሰነድ የአገልግሎት ጊዜ ማብቂያ ቀን፡- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

ለአሁኑ ዓመት የሚጠበቀው የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ (አንድ ይምረጡ)

ያላገባ/ች ግብሮችን ማሳወቅ

በማመልከቻው ላይ የአንድ ሰው ግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል

አባወራ/አማወራ

በማመልከቻው ላይ ያልሆነ የአንድ ሰው የግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል

ሕጋዊ የትዳር አጋር የሞተባት(ችበት) ጋር ራስ ያልቻለ ልጅ

ፈጽሞ ግብር አሳውቆ የማያውቅ ግለሰብ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ያልሆነ

ባለትዳሮች ግብርን ለየብቻ ማሳወቅ

ባለትዳሮች ግብርን በጋራ ማሳወቅ፡-

የመጀመሪያ ደረጃ ግብር አሳዋቂ ስም፡- _____

ባለፈው ዓመት በአሁን ዓመት ከላይ እንደተዘረዘረው ተመሳሳይ የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ ነበራችሁ?

አይ አዎ

አይ ከሆነ ያለፈውን አመት የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ፡-

(እርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ እርስዎ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆንም ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)

ይህን ማመልከቻ በዚህ የቀን መቁጠሪያ አመት ከ 11/01 እስከ 12/31 ባለው ጊዜ ውስጥ እያስገቡ ከሆነ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ በሚቀጥለው

አመት እንደሚያሳውቁ ይጠብቃሉ? አይ አዎ

ዘር (አማራጭ – የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ

ፊሊፒንስ

ላኦስ

ቪትናማ

እስያ ህንዳዊ

ጉላማና

ሌላ የእስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ

ነጭ

ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ

ሐዋያን

ሌላ ዘር

ካምቦዲያ

ጃፓን

ሳሞአን

ቻይና

ኮሪያ

ታይ

እርስዎ የሂሳብ አይነት፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ከብዌ

ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካጎ

ስፓኒሽ/ሂሳብ አይነት ያልሆነ

ሌላ ስፓኒሽ/ሂሳብ አይነት

ፖርቱጋላዊ

ይህን ለምን እንሰበሰባለን? – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻል እና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ በጤና እቅድ ውስጥ ለመመዘገብ መቻልን አይከለክልም።

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

የመጀመሪያ ስም	መካ.መፈ.	የአድራሻ ስም	የትውልድ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)
-----------	--------	----------	-----------------------

ይህ ሰው ለጤና ክብካቤ ሽፋን እያመለከተ ነውን? አይ አዎ በውልደት የተሰየመ ጾታ ወ ሴ

ከአርስዎ ጋር ያለው ዝምድና (ለምሳሌ የትዳር ጓደኛ፣ የቤት ውስጥ አጋር፣ አጋር)

(ለሽፋን ለማያመለክቱ ግለሰቦች የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የዜግነት ሁኔታ መስጠት አማራጭ ነው)
 ዜጋ ወይም ዜጋ-ያልሆነ ሁኔታ፡- (አንዱን ያመልክቱ)

የአሜሪካ ዜጋ ወይም የአሜሪካ ናሽናል ዜጋ ያልሆነ በአሜሪካ ውስጥ በህጋዊ መልኩ የሚገኝ ሌላ

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች (SSN)፡-

ሕጋዊ የሆኑ ዜጋ ያልሆኑ ግለሰብ ከሆኑ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ፡-

የኢሜግሬሽን ሰነድ አይነት፡-	"A" ቁጥር፡-	የደረሰኝ ቁጥር ወይም ሌላ ቁጥር፡-
--------------------	-----------	------------------------

የውጭ ሀገር ፓስፖርት ቁጥር፡-	የተሰጠበት ሀገር፡-
---------------------	--------------

የመግቢያ ቀን፡- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)	የሰነድ የአገልግሎት ጊዜ ማብቂያ ቀን፡- (ወወ/ቀቀዓዓዓዓ)
-------------------------	---------------------------------------

ለአሁኑ ዓመት የሚጠበቀው የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ (አንድ ይምረጡ)

- | | |
|---|---|
| ያላገባ/ች ግብሮችን ማሳወቅ | በማመልከቻው ላይ የአንድ ሰው ግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል |
| አባወራ/አማወራ | በማመልከቻው ላይ ያልሆነ የአንድ ሰው የግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል |
| ሕጋዊ የትዳር አጋር የሞተባት (ችበት) ጋር ራስ ያልገለጸ ልጅ | ፈጽሞ ግብር አሳውቆ የማይውቅ ግለሰብ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ያልሆነ |
| ባለትዳሮች ግብርን ለየብቻ ማሳወቅ | |
| ባለትዳሮች ግብርን በጋራ ማሳወቅ፡- | |
| የመጀመሪያ ደረጃ ግብር አሳዋቂ ስም፡- _____ | |

ባለፈው ዓመት በአሁን ዓመት ከላይ እንደተዘረዘረው ተመሳሳይ የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ ነበራችሁ? አይ አዎ

አይ ከሆነ ያለፈውን ዓመት የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ፡- **(አርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆንም ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)**

ይህን ማመልከቻ በዚህ የቀን መቁጠሪያ አመት ከ 11/01 እስከ 12/31 ባለው ጊዜ ውስጥ እያስገቡ ከሆኑ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ

በሚቀጥለው አመት እንደሚያሳውቁ ይጠብቃሉ? አይ አዎ

ዘር (አማራጭ – የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ	ፊሊፒናዊ	ላኦሽያን	ቪትናማዊ
አስያ ህንዳዊ	ጉሳማናዊ	ሌላ የአስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያን	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያዊ	ጃፓናዊ	ሳሞአን	
ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይ	

እርስዎ የሂሲፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ከባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ፔካኖ	ስፓኒሽ/ሂሲፓኒክ ያልሆነ
ሌላ ስፓኒሽ/ሂሲፓኒክ	ፖርቶሪካዊ	

ይህን ለምን እንሰበሰባለን – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻል እና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ በጤና አቅድ ውስጥ ለመመዘን መቻልን ያረጋግጣል።

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

8 ልጆች/የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል/ሌሎች የቤተሰብ አባላት ይዘርዝሩ #1

የመጀመሪያ ስም መካ.መፈ. የእያት ስም የትውልድ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

ይህ ሰው ለጤና ክብካቤ ሽፋን እያመለከተ ነውን? አይ አዎ በውልደት የተሰየመ ጾታ ወ ሴ

ከእርስዎ ጋር ያለ ዝምድና (ለምሳሌ ልጅ፣ የልጅ ልጅ፣ የእህት ልጅ፣ የወንድም ልጅ፣ ወንድም/እህት)

(ለሽፋን ለማያመለክቱ ግለሰቦች የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የዜግነት ሁኔታ መስጠት አማራጭ ነው)

ዜጋ ወይም ዜጋ-ያልሆነ ሁኔታ:- (አንዱን ያመልክቱ)

የአሜሪካ ዜጋ ወይም የአሜሪካ ናሽናል ዜጋ ያልሆነ በአሜሪካ ውስጥ በህጋዊ መልኩ የሚገኝ ሌላ

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN):-

ሕጋዊ የሆኑ ዜጋ ያልሆኑ ግለሰብ ከሆኑ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ:-

የኢ.ሚ.ግሬሽን ሰነድ አይነት:- "A" ቁጥር:- የደረሰኝ ቁጥር ወይም ሌላ ቁጥር:-

የውጭ ሀገር ፓስፖርት ቁጥር:- የተሰጠበት ሀገር:-

የመግቢያ ቀን:- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) የሰነድ የአገልግሎት ጊዜ ማብቂያ ቀን:- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

ለአሁኑ ዓመት የሚጠበቀው የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ (አንድ ይምረጡ)

- ያላገባ/ች ግብሮችን ማሳወቅ በማመልከቻው ላይ የአንድ ሰው ግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል
- አባወራ/አማወራ በማመልከቻው ላይ ያልሆነ የአንድ ሰው የግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል
- ሕጋዊ የትዳር አጋር የሞተባት(ችበት) ጋር ራስ ያልቻለ ልጅ ፈጽሞ ግብር አሳውቆ የማያውቅ ግለሰብ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ያልሆነ
- ባለትዳሮች ግብርን ለየብቻ ማሳወቅ
- ባለትዳሮች ግብርን በጋራ ማሳወቅ:-
የመጀመሪያ ደረጃ ግብር አሳዋቂ ስም:- _____

ባለፈው ዓመት በአሁን ዓመት ከላይ እንደተዘረዘረው ተመሳሳይ የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ ነበራችሁ? አይ አዎ

አይ ከሆነ ያለፈውን አመት የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ:- (እርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ እርስዎ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆንም ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)

ይህን ማመልከቻ በዚህ የቀን መቁጠሪያ አመት ከ 11/01 እስከ 12/31 ባለው ጊዜ ውስጥ እያስገቡ ከሆነ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ በሚቀጥለው አመት እንደሚያሳውቁ ይጠብቃሉ? አይ አዎ

ዘር (አማራጭ – የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ	ፊሊፒንስ	ላኦስ	ቪትናማ
እስያ ህንዳዊ	ጉላማና	ሌላ የአስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያን	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያ	ጃፓናዊ	ሳሞአን	
ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይ	

እርስዎ የሂስፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ኩባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካጎ	ስፓኒሽ/ሂስፓኒክ ያልሆነ
ሌላ ስፓኒሽ/ሂስፓኒክ	ፖርቶሪካዊ	

ይህን ለምን እንሰበሰባለን – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻል እና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ በጤና አቅድ ውስጥ ለመመዘን መቻልን አይከለክልም።

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

8 **ልጆች/የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል/ሌሎች የቤተሰብ አባላት ይዘርዘሩ #2**

የመጀመሪያ ስም መኪ.መፊ. የአያት ስም የትውልድ ቀን(ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

ይህ ሰው ለጤና ክብካቤ ሽፋን እየመለከተ ነው? አይ አዎ በውልደት የተሰየመ ጾታ ወ ሴ

ከእርስዎ ጋር ያለ ዝምድና (ለምሳሌ ልጅ፣ የልጅ ልጅ፣ የአህት ልጅ፣ የወንድም ልጅ፣ ወንድም/አህት)

(ለሽፋን ለማያመለክቱ ግለሰቦች የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የዜግነት ሁኔታ መስጠት አማራጭ ነው) ዜጋ ወይም ዜጋ-ያልሆነ ሁኔታ:- (አንዱን ያመልክቱ)

የአሜሪካ ዜጋ ወይም የአሜሪካ ናሽናል

ዜጋ ያልሆነ በአሜሪካ ውስጥ በህጋዊ መልኩ የሚገኝ

ሌላ

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN):-

ሕጋዊ የሆኑ ዜጋ ያልሆኑ ግለሰብ ከሆኑ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ:-

የኢሜግሬሽን ሰነድ አይነት:-

"A" ቁጥር:-

የደረሰኝ ቁጥር ወይም ሌላ ቁጥር:-

የውጭ ሀገር ፓስፖርት ቁጥር:-

የተሰጠበት ሀገር:-

የመግቢያ ቀን:- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

የሰነድ የአገልግሎት ጊዜ ማብቂያ ቀን:- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

ለአሁኑ ዓመት የሚጠበቀው የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ (አንድ ይምረጡ)

ያላገባ/ች ግብርዎችን ማሳወቅ

በማመልከቻው ላይ የአንድ ሰው ግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል

አባወራ/አማወራ

በማመልከቻው ላይ ያልሆነ የአንድ ሰው የግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል

ሕጋዊ የትዳር አጋር የሞተባት(ችበት) ጋር ራስ ያልቻለ ልጅ

ፈጽሞ ግብር አሳውቆ የማያውቅ ግለሰብ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ያልሆነ

ባለትዳሮች ግብርን ለየብቻ ማሳወቅ

ባለትዳሮች ግብርን በጋራ ማሳወቅ:-

የመጀመሪያ ደረጃ ግብር አሳዋቂ ስም:- _____

ባለፈው ዓመት በአሁን ዓመት ከላይ እንደተዘረዘረው ተመሳሳይ የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ ነበራችሁ?

አይ አዎ

አይ ከሆነ ያለፈውን አመት የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ:- (እርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆን ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)

ይህን ማመልከቻ በዚህ የቀን መቁጠሪያ አመት ከ 11/01 እስከ 12/31 ባለው ጊዜ ውስጥ እያስገቡ ከሆኑ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ በሚቀጥለው አመት እንደሚያሳውቁ ይጠብቃሉ? አይ አዎ

ዘር (አማራጭ - የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ

ፊሊፒናዊ

ላኦሾን

ቪትናማዊ

እስያ ህንዳዊ

ጉአማናዊ

ሌላ የእስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ

ነጭ

ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ

ሐዋያን

ሌላ ዘር

ካምቦዲያዊ

ጃፓናዊ

ሳሞአን

ቻይናዊ

ኮሪያዊ

ታይ

እርስዎ የሂሲፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ከብዌ

ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቸካኖ

ስፓኒሽ/ሂሲፓኒክ ያልሆነ

ሌላ ስፓኒሽ/ሂሲፓኒክ

ፖርቶሪካዊ

ይህን ለምን እንሰበሰባለን – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻል እና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ በጤና እቅድ ውስጥ ለመመዝገብ መቻልዎን አይከለክልም።

የአሜሪካዊ ህንፃዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

8 ልጆች/የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል/ሌሎች የቤተሰብ አባላት ይዘርዝሩ #3

የመጀመሪያ ስም መካ.መፈ. የአዎት ስም የትውልድ ቀን(ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

ይህ ሰው ለጤና ክብካቤ ሽፋን እያመለከተ ነው? አይ አዎ በውልደት የተሰየመ ጾታ ወ ሴ

ከእርስዎ ጋር ያለ ዝምድና (ለምሳሌ ልጅ፣ የልጅ ልጅ፣ የአህት ልጅ፣ የወንድም ልጅ፣ ወንድም/አህት)

(ለሽፋን ለማያመለክቱ ግለሰቦች የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የዜግነት ሁኔታ መስጠት አማራጭ ነው) ዜጋ ወይም ዜጋ-ያልሆነ ሁኔታ፡- (አንዱን ያመልክቱ)

የአሜሪካ ዜጋ ወይም የአሜሪካ ናሽናል ዜጋ ያልሆነ በአሜሪካ ውስጥ በህጋዊ መልኩ የሚገኝ ሌላ

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡-

ሕጋዊ የሆኑ ዜጋ ያልሆኑ ግለሰብ ከሆኑ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ፡-

የኢሜግሬሽን ሰነድ አይነት፡- "A" ቁጥር፡- የደረሰኝ ቁጥር ወይም ሌላ ቁጥር፡-

የውጭ ሀገር ፓስፖርት ቁጥር፡- የተሰጠበት ሀገር፡-

የመግቢያ ቀን፡- (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) የሰነድ የአገልግሎት ጊዜ ማብቂያ ቀን፡- (ወወ/ቀቀዓዓዓዓ)

ለአሁኑ ዓመት የሚጠበቀው የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ (አንድ ይምረጡ)

- ያላገባ/ች ግብሮችን ማሳወቅ በማመልከቻው ላይ የአንድ ሰው ግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል
- አባወራ/አማወራ በማመልከቻው ላይ ያልሆነ የአንድ ሰው የግብር ተቀጽላ የቤተሰብ አባል
- ሕጋዊ የትዳር አጋር የሞተባት(ችበት) ጋር ራስ ያልቻለ ልጅ ፈጽሞ ግብር አሳውቆ የማይውቅ ግለሰብ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ያልሆነ
- ባለትዳሮች ግብርን ለየብቻ ማሳወቅ
- ባለትዳሮች ግብርን በጋራ ማሳወቅ፡-

የመጀመሪያ ደረጃ ግብር አሳዋቂ ስም፡-

ባለፈው ዓመት በአሁን ዓመት ከላይ እንደተዘረዘረው ተመሳሳይ የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ ነበራችሁ? አይ አዎ

አይ ከሆነ ያለፈውን አመት የግብር ማሳወቅ ሁኔታ፡- (እርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ እርስዎ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆንዎ ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)

ይህን ማመልከቻ በዚህ የቀን መቁጠሪያ አመት ከ 11/01 እስከ 12/31 ባለው ጊዜ ውስጥ እያሰጡ ከሆነ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ በሚቀጥለው አመት እንደሚያሳውቁ ይጠብቃሉ? አይ አዎ

ዘር (አማራጭ – የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ	ፊሊፒንስ	ላኦስ	ቪትናማ
እስያ ህንዳዊ	ጉላማና	ሌላ የእስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያን	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያ	ጃፓን	ሳሞአን	
ቻይና	ኮሪያ	ታይ	

እርስዎ የሂሲፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ኩባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካኖ	ስፓኒሽ/ሂሲፓኒክ ያልሆነ
ሌላ ስፓኒሽ/ሂሲፓኒክ	ፖርቶሪካዊ	

ይህን ለምን እንሰበሰባለን – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻል እና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ በጤና እቅድ ውስጥ ለመመዘን መቻልን አይከለክልም።

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባላትን ለማካተት፣ ለእያንዳንዱ ግለሰብ የተጠየቀውን መረጃ የያዘ ወረቀት ያይዙ።

9 ስለ እርስዎ ቤተሰብ መረጃ

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ መረጃ

የአሜሪካ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ለልዩ የApple Health ጥበቃዎች እና በ Washington Healthplanfinder በኩል ልዩ ጥቅማጥቅሞች ለማግኘት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። የአሜሪካ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ዝርያ ለሆኑት ለሚመለከቱ ለእያንዳንዱ አባል ከዚህ በታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

የግለሰብ ስም	የጎሳ ስም
በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንቼሪያ አባል፤	
በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን	አይ አዎ
የግለሰብ ስም	የጎሳ ስም
በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንቼሪያ አባል፤	

በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን

አይ አዎ

የግለሰብ ስም

የጎሳ ስም

በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንፔሪያ አባል፤

በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን

አይ አዎ

የግለሰብ ስም

የጎሳ ስም

በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንፔሪያ አባል፤

በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን

አይ አዎ

መኖሪያ

የዋሽንግተን ነዋሪ ማለት በአሁኑ ጊዜ በዋሽንግተን የሚኖር፣ በዋሽንግተን ለመኖር ያሰበ፣ ቋሚ አድራሻ የሌላቸው ግለሰቦችን ጨምሮ፣ ወይም በሥራ ምክንያት ወይም ሥራ በመፈለግ ወደ ግዛቱ የገባ ሰው ነው።

ለጤና እንክብካቤ ሽፋን የሚያመለክቱት ሁሉ የዋሽንግተን ግዛት ነዋሪ ናቸው?

አይ አዎ

አይ ከሆነ፣ ማንኛውም ነዋሪ ያልሆነውን ሰው ይዘርዝሩ፡-

የትምባሆ አጠቃቀም

በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ያለ ማንኛውም የቤተሰብ አባል ባለፉት 6 ወራት ውስጥ የትምባሆ ምርቶችን በመደበኛነት ተጠቅሟል

አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ስማቸውን ያሰገቡ፡-

(እርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ እርስዎ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆንዎ ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)

ጎልማሳ አካል ጉዳተኛ የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል

የጎልማሳ አካል ጉዳተኛ የግብር ከፋይ ተቀጽላ የቤተሰብ አባል በአካል ጉዳተኝነት ምክንያት ሥራ መሥራት የማይችል እና በቤተሰብ አባል ላይ ጥገኛ የሆነ ግለሰብ ነው።

ዕድሜው 26 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ የሆነ አካል ጉዳተኛ የሆነ አዋቂ ልጅ አለዎት?

አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ስማቸውን ያሰገቡ፡-

(እርስዎ ለዚህ ጥያቄ የሚሰጡት ምላሽ እርስዎ ለ Apple Health ብቁ መሆን አለመሆንዎ ላይ ምንም ተፅዕኖ አይኖረውም)

የማቆያ ቤት እና የእስር ቤት መረጃ

1. እርስዎ ወይም የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው በማቆያ ቤት ወይም እስር ቤት ውስጥ ነው? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ስማቸውን ያስገቡ:-

2. ክሶችን ማስነሳት በመጠባበቅ ላይ ነው? አይ አዎ

3. የሚለቀቅበት ቀን በ30 ቀናት ውስጥ ነው? አይ አዎ

የመራጮች ምዝገባ

አሁን በምትኖሩበት ቦታ ለመምረጥ ካልተመዘገቡ፣ ለመምረጥ ለመመዘገብ ማመልከት ይፈልጋሉ? አይ አዎ

“አዎ” ከመረጡ የመራጮች ምዝገባ ቅጽ ይሰጥዎታል።

የእርስዎ ምርጫ ለመምረጥ መመዘገብ ወይም አለመመዘገብ በሚሰጥዎት የእርዳታ መጠን ወይም ብቁነት ላይ ተጽዕኖ አይኖረውም።

የመራጮች ምዝገባ ማመልከቻን ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ በዋሽንግተን ነጻ የመራጮች ምዝገባ የስልክ መስመር 1-800-448-4881 ላይ እገዛ ማግኘት ይችላሉ። ድጋፍ የመጠየቅ ወይም የመቀበል ውሳኔ የእርስዎ ሃላፊነት ነው። ማመልከቻውን በግል መሙላት ይችላሉ።

አንድ ሰው የመምረጥ መብት ወይም ለመምረጥ ለመመዘገብ ፈቃደኛ አለመሆን ወይም ለመመዘገብ ያለዎትን የግላዊነት መብት ላይ ጣልቃ ገብቷል ብለው ካመኑ፣ ለ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ፣ በኢሜይል election@sos.wa.gov ፣ ወይም በ 1-800-448-4881 ላይ በመደወል ቅሬታዎን ማቅረብ ይችላሉ።

የመድን መስፈርቶችን ለማያሟላ የጤና እቅድ አመልካች ፈርማ

ያቆሙ:- ለነጻ ወይም ዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። ገቢዎ እንዲታሰብ የማይፈልጉ ከሆነ እና ወደ የመድን መስፈርቶችን ለማያሟላ የጤና እቅድ (QHP) መመዘገብ ከፈለጉ ከታች ይፈርሙ እና ማመልከቻዎን ያስገቡ። ለጤና ሽፋንዎ ሙሉ ወጪ ይከፍላሉ እና የማመልከቻውን ክፍል 2 መሙላት አያስፈልግዎትም።

መብቶቼን እና ኃላፊነቶቼን አንብቤአለሁ ወይም ተብራርቶልኛል።

ይህን ማመልከቻ በመፈረም Washington Healthplanfinder የእርስዎን መረጃ ከሌሎች የግዛት እና የፌዴራል ኤጀንሲዎች ጋር እንዲጋራ ተስማምተዋል።

ፊርማ

ቀን

ቀጥል:- የመድን አረብን ክፍያ ለመቀነስ ለ Washington Apple Health (ሜዲኬይድ) ወይም የታክስ ከፊዲት ለማመልከት፣ የዚህን ማመልከቻ ክፍል 2 መሙላት አለብዎት።

ክፍል 2

1

የጤና ኢንሹራንስ መረጃ

እርስዎ ወይም የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው ከ Washington Apple Health (ሜዲኬይድ ወይም CHIP) ሌላ የጤና መድን ሽፋን አለው?

(ምሳሌዎች የግል ወይም የአሰሪ መድን፣ የግለሰብ የጤና መድን፣ የተወሰነ ጥቅም መድን፣ ሜዲኬር፣ የቀድሞ ወታደሮች፣

ፒስ ኮርፐራሽን፣ Tri-Care እና ሌላ መድን ያካትታል) አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ መረጃዎን ከታች ባለው ሠንጠረዥ ውስጥ ይሰጡ። ከአንድ በላይ የሆነ ሰው ሌላ መድን ካላቸው ተጨማሪ ወረቀት ይጠቀሙ።

የኢንሹራንስ ኩባንያ ወይም የቀጣሪው ስም፡-	የፖሊሲ ቁጥር፡-	የቡድን ቁጥር፡-
የፖሊሲ ባለቤት/የሰራተኛ ስም፡-	የፖሊሲ ባለቤት የትውልድ ቀን፡-	
በዚህ ዕቅድ የተሸፈኑትን የቤተሰብ አባላት ሁሉ ይዘርዝሩ፡-	በዚህ ዕቅድ የተሸፈኑትን የቤተሰብ አባላት ሁሉ ይዘርዝሩ፡-	
በዚህ ዕቅድ የተሸፈኑትን የቤተሰብ አባላት ሁሉ ይዘርዝሩ፡-	በዚህ ዕቅድ የተሸፈኑትን የቤተሰብ አባላት ሁሉ ይዘርዝሩ፡-	
በዚህ ዕቅድ የተሸፈኑትን የቤተሰብ አባላት ሁሉ ይዘርዝሩ፡-	በዚህ ዕቅድ የተሸፈኑትን የቤተሰብ አባላት ሁሉ ይዘርዝሩ፡-	

2

ሕፃናት የጤና መድን

ለልጅ ሽፋን የማያመለክቱ ከሆነ ይህንን ጥያቄ ይዘለሉ እና ወደሚቀጥለው ክፍል ይሂዱ (ያልተከፈለ የህክምና ክፍያ መረጃ)።

የጤና መድንዎ ልጆችዎን ይሸፍናል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ የልጁን ስም ያስገቡ፡-

ባለፉት አራት ወራት ውስጥ ዕድሜያቸው ከ 19 ዓመት በታች ለሆኑ ልጆችዎ የጤና መድን ሽፋን አቋርጠዋል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ሽፋኑ መቼ ነበር የሚያበቃው?

3

ያልተከፈለ የህክምና ወጪ መረጃ

እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው ከአሁኑ ወር በፊት ባሉት ማንኛውም 3 ወራት ውስጥ ለተቀበሉት አገልግሎት ያልተከፈሉ የህክምና ሂሳቦችን ለመክፈል እርዳታ ይፈልጋሉ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡-

እርስዎ ወይም የቤተሰብ አባል በኢ-ሚግሬሽን ሁኔታ ምክንያት ለሌላ ሽፋን ብቁ ባይሆኑም ለተገደበ የአደጋ ጊዜ ሽፋን ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ።

ለሚያመለክቱበት ማንኛውም ዜጋ ያልሆነ የሚመለከቱ ሳጥኖችን ሁሉ ምልክት ያድርጉ እና በተሰጠው ቦታ ላይ ስማቸውን ያስገቡ፡-

በዚህ ወር ወይም ባለፉት ሶስት ወራት ውስጥ ለድንገተኛ የጤና ሁኔታ ታክመዋል፡

ማን፡- _____

ዳያሊስስ ወይም የካንሰር ህክምና ያስፈልገዋል፡- ማን፡- _____

በአካል ንቅላ ተከላ ምክንያት የሰውነት አለመቀብል የሚከላከል/አንቲ-ሪጀክሽን መድኃኒት ያስፈልገዋል፡- ማን፡- _____

የህመማት እና የአረጋውያን እንክብካቤ ማዕከል፣ የታገዘ ኑሮ ወይም የቤት ውስጥ እንክብካቤ ያስፈልገዋል፡- ማን፡- _____

እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ ውስጥ እርጉዝ የሆነች አለች? አይ አዎ (ከአንድ የበለጡ ሰዎች የእርግዝና ጊዜ ማብቂያ ካላቸው ሁለተኛውን መስመር ይጠቀሙ።) አዎ ከሆነ፤

_____ ስም ያስገቡ፡- _____ ለወሊድ የሚደርሱበት ቀን፡- _____ የሚጠበቀው የሚጠበቀው ብዛት፡-

_____ ስም ያስገቡ፡- _____ ለወሊድ የሚደርሱበት ቀን፡- _____ የሚጠበቀው የሚጠበቀው ብዛት፡-

እርስዎ ወይም በዚህ ማመልከቻ ላይ ያለ ማንኛውም የቤተሰብ አባል ባለፉት 12 ወራት እርግዝና ነበራችሁ? አይ አዎ

(ከአንድ የበለጡ ሰዎች የእርግዝና ጊዜ ማብቂያ ካላቸው ሁለተኛውን መስመር ይጠቀሙ።) አዎ ከሆነ፤

_____ ስም ያስገቡ፡- _____ እርግዝና ያበቃበት ቀን፡-

_____ ስም ያስገቡ፡- _____ እርግዝና ያበቃበት ቀን፡-

ይህ ክፍል የቤተሰብዎ የተሻሻለ የተስተካከለ ጠቅላላ ገቢ (MAGI) መጠን ለመወሰን ይረዳናል። ለአብዛኛው የጤና እንክብካቤ ሽፋን ጥሪ ገንዘብ መሆንዎን ለመወሰን MAGI ገቢ ጥቅም ላይ መዋል አለበት። እባክዎን ለሚያመለክቱት ለእያንዳንዱ የቤተሰብ አባል የሚከተሉትን ጥያቄዎች በተቻለዎት መጠን በትክክል ይመልሱ። ስለተዘረዘረው የገቢ እይነት ብቻ መረጃ ያስገቡ።

ለአካለ መጠን ያልደረሰ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽሎ ቤተሰብ አባል ግብሮችን እንዲያሳውቁ የማይጠበቅባቸው ካልሆነ በስተቀር ለራሱም፣ ለባለቤትም እና ለማንኛውም ሌላ አካለ መጠን ያልደረሱ ልጆች እና የግብር ከፋይ ተቀጽሎ ቤተሰብ አባላት አሁን ያለውን ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ መረጃ ማሳወቅ አለብዎት። ገቢን እንዴት ረፍት ማድረግ እንደሚቻል የበለጠ መረጃ ለማግኘት **wahbexchange.org/how-to-report-income** ይጎብኙ

ማሳሰቢያ፦ የአሜሪካ ህንዶች/የአላስካ ተወላጆች (AI/AN) የሀገር ውስጥ ገቢ እንዲያለግጡት ከ AI/AN ታክስ ኮሚሽን አባል ገቢ የሚያስወጣውን ማንኛውንም የ AI/AN ገቢ ረፍት ማድረግ የለባቸውም። በተጨማሪም AI/ANs በWAC 182-509-0340 ላይ እንደተገለጸው ለ Washington Apple Health (ሜዲኬይድ) የተወሰኑ የገቢ ዓይነቶችን ረፍት ማድረግ የለባቸውም።

ከሰራ የሚገኝ ገቢ፦ እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው በአሁኑ ጊዜ ተቀጣሪ ናችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ የተቀጠረውን ሰው ስም፣ የአሰሪውን ስም እና በምንዳዎች፣ በደሞዞች ወይም እንደ ቲፕ/ማበረታቻ ገቢ የተቀበለውን የሰራተኛውን የአሁኑን ጠቅላላ ወርሃዊ መጠን ያስገቡ። በዚህ ክፍል ውስጥ የራሱ ተዳዳሪ ገቢን አታስገቡ። ለወደፊቱ ለውጥ በግልፅ ከተመለከተ አማካይ ገቢዎን ማቅረብን መምረጥ ይችላሉ። በWAC 182-509-0310 ላይ እንደተገለጸው ወካይ የሆነ የጊዜ ወሰን ገቢን በአማካይ በማውጣት ወርሃዊ መጠን ይገምቱ።

_____ የተቀጠረው ግለሰብ ስም	_____ የአሰሪው ስም
-------------------------	-------------------

_____ የአሰሪው አድራሻ	_____ ከተማ	_____ ግዛት	_____ ዚፕ ኮድ
---------------------	--------------	--------------	----------------

§:- _____
ጠቅላላ (ግብሮች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደሞዞች፣ ቲፕ/ማበረታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ ኤስ-ኮርፖሬሽን)

እኚህ ሰው የጤና መድን በአሰሪያቸው ተሰጥቷቸዋል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ መድን የተሰጣቸው ሁሉንም የቤተሰብ አባላት ይዘርዘሩ

§:- _____
ይህ አሰሪ ሰራተኛውን ብቻ ለመሸፈን የሚያቀርበው ዝቅተኛው ወርሃዊ የአረብን ክፍያ ምን ያህል ነው?

§:- _____
ይህ አሰሪ የእርስዎን ቤተሰብ ብቻ ለመሸፈን የሚያቀርበው ዝቅተኛው ወርሃዊ የአረብን ክፍያ ምን ያህል ነው?*

_____ የተቀጠረው ግለሰብ ስም	_____ የአሰሪው ስም
-------------------------	-------------------

_____ የአሰሪው አድራሻ	_____ ከተማ	_____ ግዛት	_____ ዚፕ ኮድ
---------------------	--------------	--------------	----------------

§:- _____
ጠቅላላ (ግብሮች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደሞዞች፣ ቲፕ/ማበረታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ ኤስ-ኮርፖሬሽን)

እኚህ ሰው የጤና መድን በአሰሪያቸው ተሰጥቷቸዋል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ መድን የተሰጣቸው ሁሉንም የቤተሰብ አባላት ይዘርዝሩ

ፊ:-

ይህ አሰሪ ስራተኛውን ብቻ ለመሸፈን የሚያቀርበው ዝቅተኛው ወርሃዊ የአረቦን ክፍያ ምን ያህል ነው?

ፊ:-

ይህ አሰሪ የእርስዎን ቤተሰብ ብቻ ለመሸፈን የሚያቀርበው ዝቅተኛው ወርሃዊ የአረቦን ክፍያ ምን ያህል ነው?*

የተቀጠረው ግለሰብ ስም

የአሰሪው ስም

የአሰሪው አድራሻ

ከተማ

ግዛት

ዚፕ ኮድ

ፊ:-

ጠቅላላ (ግብርኞች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደግሞ፣ ቲፕ/ማበርታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ ኤስ-ኮርፖሬሽን)

እኚህ ሰው የጤና መድን በአሰሪያቸው ተሰጥቷቸዋል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ መድን የተሰጣቸው ሁሉንም የቤተሰብ አባላት ይዘርዝሩ

ፊ:-

ይህ አሰሪ ስራተኛውን ብቻ ለመሸፈን የሚያቀርበው ዝቅተኛው ወርሃዊ የአረቦን ክፍያ ምን ያህል ነው?

ፊ:-

ይህ አሰሪ የእርስዎን ቤተሰብ ብቻ ለመሸፈን የሚያቀርበው ዝቅተኛው ወርሃዊ የአረቦን ክፍያ ምን ያህል ነው?*

***ለሌሎች ቤተሰብ የአሰሪ መድን ለመቀበል ባያቅዱም እንኳን ይህንን ያቅርቡ። ለእነዚህ ጥያቄዎች የሰጡት ምላሽ የእርስዎን Apple Health ብቁነት ላይ ተጽኖ አይኖረውም።**

በግል ተዳዳሪ ገቢ፡- እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው በግል ተዳዳሪ ናችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ አሁን ያለውን የተገመተ የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የንግድ ወጪዎች ከተከፈሉ በኋላ የሚገኘውን ትርፍ) ከግል መተዳደሪያ ያስገቡ። ለሚፈቀዱ የንግድ ወጪዎች እባክዎን ገጽ ii ይመልከቱ። ለወደፊት ለውጥ በግልፅ ከተመለከተ አማካይ ገቢዎን ማቅረብን መምረጥ ይችላሉ። በWAC 182-509-0370 ላይ እንደተገለጸው ወካይ የሆነ የጊዜ ወሰን ገቢን በአማካይ በማውጣት ወርሃዊ መጠን ይገምቱ።

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (አንድም ካለ)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም ኤስ-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (አንድም ካለ)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም ኤስ-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (አንድም ካለ)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም ኤስ-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

የማህበራዊ ዋስትና ገቢ፦ እርስዎ ወይም የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው የማህበራዊ ዋስትና ገቢ ታገኛላችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ከማህበራዊ ዋስትና አስተዳደር ለጡረታ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም በህይወት ለተረፉ ጥቅማጥቅሞች የተቀበሉትን ገቢ ያስገቡ። ተጨማሪ የማህበራዊ ዋስትና (SSI) ገቢን ሪፖርት አያድርጉ።

<hr/>	<hr/>
የማህበራዊ ዋስትና የሚቀበል ሰው ስም (SSI አይደለም)	ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ
<hr/>	<hr/>
የማህበራዊ ዋስትና የሚቀበል ሰው ስም (SSI አይደለም)	ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ
<hr/>	<hr/>
የማህበራዊ ዋስትና የሚቀበል ሰው ስም (SSI አይደለም)	ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ

የኪራይ ገቢ፦ እርስዎ ወይም የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው የኪራይ ገቢ ታገኛላችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ከሪል አስቴት ወይም ከግል ንብረት በማከራየት የተቀበሉትን ወርሃዊ ገቢ ያስገቡ። ከተፈቀዱ የንግድ ወጪዎች በኋላ የተጣራ ገቢ ያስገቡ።

<hr/>	<hr/>	<hr/>
የኪራይ ገቢ የሚቀበለው ግለሰብ ስም	የንብረት ስም (ካለው)	የተጣራ ወርሃዊ ገቢ
<hr/>	<hr/>	<hr/>
የኪራይ ገቢ የሚቀበለው ግለሰብ ስም	የንብረት ስም (ካለው)	የተጣራ ወርሃዊ ገቢ
<hr/>	<hr/>	<hr/>
የኪራይ ገቢ የሚቀበለው ግለሰብ ስም	የንብረት ስም (ካለው)	የተጣራ ወርሃዊ ገቢ

ለአካለ መጠን ያልደረሰ ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባል ግብሮችን እንዲያሳውቁ የማይጠበቅባቸው ካልሆነ በስተቀር ለራስዎ፣ ለባለቤትዎ እና ለማንኛውም ለአካለ መጠን ያልደረሱ ልጆች እና የግብር ከፋይ ተቀጽላ ቤተሰብ አባላት አሁን ያለውን ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ መረጃ ማሳወቅ አለብዎት። ገቢን እንዴት ሪፖርት ማድረግ እንደሚቻል የበለጠ መረጃ ለማግኘት wahbexchange.org/how-to-report-income ይጎብኙ

ማስታወሻ፦ የአሜሪካ ህንዶች/የአላስካ ተወላጆች (AI/AN) የሀገር ውስጥ ገቢ አገልግሎት ከ AI/AN ታክስ ኮሚሽኔልበት ጠቅላላ ገቢ የሚያስወጣውን ማንኛውንም የ AI/AN ገቢ ሪፖርት ማድረግ የለባቸውም። በተጨማሪም AI/ANs በWAC 182-509-0340 ላይ እንደተገለጸው ለ Washington Apple Health (ሜዲኬይድ) የተወሰኑ የገቢ ዓይነቶችን ሪፖርት ማድረግ የለባቸውም።

ከሰራ የሚገኝ ገቢ፦ እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው በአሁኑ ጊዜ ተቀጣሪ ናችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ የተቀጠረውን ሰው ስም፣ የአሰሪውን ስም እና በምንዳዎች፣ በደሞዞች ወይም እንደ ቲፕ/ማበረታቻ ገቢ የተቀበለውን የሰራተኛውን የአሁኑን ጠቅላላ ወርሃዊ መጠን ያስገቡ። በዚህ ክፍል ውስጥ የራስ ተዳዳሪ ገቢን አታስገቡ። ለወደፊቱ ለውጥ በግልፅ ከተመለከተ አማካይ ገቢዎን ማቅረብን መምረጥ ይችላሉ። በWAC 182-509-0310 ላይ እንደተገለጸው ወካይ የሆነ የጊዜ ወሰን ገቢን በአማካይ በማውጣት ወርሃዊ መጠን ይገምቱ።

<hr/>	<hr/>		
የተቀጠረው ግለሰብ ስም	የአሰሪው ስም		
<hr/>	<hr/>		
የአሰሪው አድራሻ	ከተማ	ዓዛት	ዚፕ ኮድ
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
ጠቅላላ (ግብሮች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደሞዞች፣ ቲፕ/ማበረታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ ኤስ-ኮርፖሬሽን)			

የተቀጠረው ግለሰብ ስም

የአሰሪው ስም

የአሰሪው አድራሻ

ከተማ

ግዛት

ዚፕ ኮድ

ጠቅላላ (ግብርኞች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደሞዞች፣ ቲፕ/ማበርታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ ኤስ-ኮርፖሬሽን)

የተቀጠረው ግለሰብ ስም

የአሰሪው ስም

የአሰሪው አድራሻ

ከተማ

ግዛት

ዚፕ ኮድ

ጠቅላላ (ግብርኞች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደሞዞች፣ ቲፕ/ማበርታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ ኤስ-ኮርፖሬሽን)

በግል ተዳዳሪ ገቢ፦ እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው በግል ተዳዳሪ ናችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ አሁን ያለውን የተገመተ የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የንግድ ወጪዎች ከተከፈሉ በኋላ የሚገኘውን ትርፍ) ከግል መተዳደሪያ ያስገቡ። ለሚፈቀዱ የንግድ ወጪዎች እባክዎን ገጽ ii ይመልከቱ። ለወደፊቱ ለውጥ በግልፅ ከተመለከተ አማካይ ገቢዎን ማቅረብን መምረጥ ይችላሉ። በWAC 182-509-0370 ላይ እንደተገለጸው ወካይ የሆነ የጊዜ ወሰን ገቢን በአማካይ በማውጣት ወርሃዊ መጠን ይገምቱ።

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (ካለ ካለ)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም ኤስ-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (ካለ ካለ)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም ኤስ-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (አንድም ካለ)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም ኤስ-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

የማህበራዊ ዋስትና ገቢ፦ እርስዎ ወይም የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው የማህበራዊ ዋስትና ገቢ ታገኛላችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ከማህበራዊ ዋስትና አስተዳደር ለጡረታ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም በህይወት ለተረፉ ጥቅማጥቅሞች የተቀበሉትን ገቢ ያስገቡ። ተጨማሪ የማህበራዊ ዋስትና (SSI) ገቢን ሪፖርት አያድርጉ።

የማህበራዊ ዋስትና የሚቀበል ሰው ስም (SSI አይደለም)

ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ

የማህበራዊ ዋስትና የሚቀበል ሰው ስም (SSI አይደለም)

ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ

የማህበራዊ ዋስትና የሚቀበል ሰው ስም (SSI አይደለም)

ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ

የኪራይ ገቢ፦ እርስዎ ወይም የሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው የኪራይ ገቢ ታገኛላችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ከሬል ስቴት ወይም ከግል ንብረት በማከራየት የተቀበሉትን ወርሃዊ ገቢ ያስገቡ። ከተፈቀዱ የንግድ ወጪዎች በኋላ የተጣራ ገቢ ያስገቡ።

የኪራይ ገቢ የሚቀበለው ግለሰብ ስም

የንብረት ስም (ካለው)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ

የኪራይ ገቢ የሚቀበለው ግለሰብ ስም

የንብረት ስም (ካለው)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ

የኪራይ ገቢ የሚቀበለው ግለሰብ ስም

የንብረት ስም (ካለው)

የተጣራ ወርሃዊ ገቢ

7

ሌላ ገቢ

የልጅ ማሳደጊያ ወይም ጡረተኛ ያልሆነ ተሰናባቾ ወታደር ክፍያዎችን አያካትቱ። የሚመለከተውን ሁሉ ያመለክቱ እና ማን እንደሚያገኘው፣ ምን ያህል እንደሚቀበሉ እና በምን ያህል ጊዜ እንደሚያገኙት ይንገሩን።

የልጅ ቀለብ / የባለቤት ድጋፍ ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

አመታዊ ክፍያ ወይም ጡረታ ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የካፒታል ግኝቶች ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የትርፍ ክፍፍል፣ አክሲዮኖች፣ ድርሻዎች ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የእርሻ ገቢ ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የውጭ ገቢ ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ገቢ ከንብረት አስተዳዳሪ/ትረስት ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የወለድ ገቢ ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የIRA ገቢ ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ሌሎች ግብር የሚከፈልባቸው ገቢዎች ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

የባቡርሐዲድ ጡረታ ጥቅማ-ጥቅሞች ማን:- _____ \$:- _____ በምን ያህል ጊዜ:- _____

	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የሮያሊት ገቢ	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ግብር የሚከፈልበት የጎሳ ገቢ	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ሥራ አጥነት ጥቅማ-ጥቅሞች	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____

በዚህ ማመልከቻ ላይ ከ 19 ዓመት በታች ያሉ አባላት ወይም የግብር ከፋይ ተቀጽላ የቤተሰብ አባላት በዚህ ዓመት የፌዴራል የግብር ተመላሽ ለማሳወቅ የመነሻውን መስፈርት ያሟላሉ?

ስም _____	አይ	አዎ
ስም _____	አይ	አዎ
ስም _____	አይ	አዎ

8 ተቀናሾች

ልክ IRS እርስዎ ያለብዎትን የግብር መጠን ለመቀነስ እንደሚጠቀሙባቸው እነዚህ ወጭዎች ለአንዳንድ የጤና እንክብካቤ ሽፋን የምንቆጥረውን የገቢዎን መጠን ሊቀንሱ ይችላሉ። መልስ ላለመስጠት ከመረጡ፣ አሁንም ለነጻ ወይም ዝቅተኛ ወጭ የጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ።

የልጅ ቀለብ/ የባለቤት ድጋፍ ተከፍሏል	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ይገባኛል ሊባሉ የሚችሉት የተወሰኑ የቢዝነስ ወጪዎች	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የሚያስተመረው ሰው ወጪ	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የጤና ቁጠባዎች ሒሳብ መዋጮዎች	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ለአፈሴላዊ ወታደራዊ እንቅስቃሴ ወጪዎችን ማንቀሳቀስ	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ቁጠባን ያለጊዜው በማቋረጥ የተጣለ ቅጣት	ማን:- _____	ፊ:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____

የቅድመ-ግብር ጡረታ ሂሳብ
አስተዋጽኦዎች

ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የግል ተዳዳሪ የጤና መድን	ማን:- _____	\$:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____
የግል ተዳዳሪ የጡረታ አቅድ	ማን:- _____	\$:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____
በግል ተዳዳሪ የግብር ክፍያ	ማን:- _____	\$:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____
የተማሪ ብድር ወለድ	ማን:- _____	\$:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____

9 ማሟያ መረጃ

ለሽፋን የሚያመለክቱ አባላት ከእነዚህ አገልግሎቶች ውስጥ አንዳቸውንም ይፈልጋሉ?

a. እርስዎ በአሁኑ ጊዜ ወይም ወደፊት እንደ ነርሲንግ ሆም ያለ የሕክምና ተቋም ውስጥ ስለሚኖሩ ወይም እኖራለሁ ብለው ስለሚያስቡ የረዥም ጊዜ የሕክምና አገልግሎት ማግኘት፡፡ አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡- _____

የግልጋሎት አይነት፡- _____

b. የቤት ለቤት የሕክምና አገልግሎት ሰጪ ይፈልጋሉ? አይ አዎ አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡- _____

c. የታገዘ ኑሮ የክብካቤ አገልግሎት? አይ አዎ አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡- _____

d. በአድገት አካል ጉዳተኞች ዋና ክፍል (Division of Developmental Disabilities) የሚሰጡ አገልግሎቶችን ማግኘት ይፈልጋሉ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡- _____

e. የከፍተኛ ሕክምና ሆስፒታል ሕክምና (የሆስፒታል እንክብካቤ) ማግኘት ይፈልጋሉ? አይ አዎ አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡- _____

f. በጤና ሁኔታ ወይም በአካል ጉዳት ምክንያት መስራት ባለመቻላቸው የጤና እንክብካቤ ሽፋን? አይ አዎ

አዎ አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡- _____

ከሚከተሉት ውስጥ አንዳቸውም የሚመለከታቸው ከሆነ HCA ቅጽ 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) መሙላት ሊጠበቅብዎ ይችላሉ፡-

- እድሜዎ 65 ወይም ከዚያ በላይ ወይም ሜዲኬር ውስጥ ከሆኑ።
- ከዚህ በላይ ባሉት ር-ፍ ማናቸውም ጥያቄዎች አዎ ብለው መልሰዎልዎልዎታል።
- ለሜዲካል ኒዲ/ክፍተት የህክምና ወጪ የሚያስፈልግዎት (MN) ወይም ለ Apple Health ለአካል ጉዳተኞች ሰራተኞች (HWD) ፕሮግራም እያመለከቱ ነው።

10 ከመፈረም በፊት በጥንቃቄ ያንብቡ

ለሌላ ግዛት እና የፌዴራል ተቋማት መረጃን ይፋ ማድረግ፡-

በዓመታዊ እድሳት ሂደት እስከ 5 ዓመታት ድረስ Washington Healthplanfinder የግብር ተመላሽ መረጃዬን በኤሌክትሮኒክ መንገድ እንዲያረጋግጥ ፈቅጃለሁ። ፈቃዴን በማንኛውም ጊዜ መለወጥ እንደምችል ተረድቻለሁ። በዚህ ሳጥን ላይ ምልክት በማድረግ፣ ተጨማሪ እርምጃ ሳልወሰድ የግብር ክፍያዎች ዓመታዊ እድሳቱ ላይ እንዲተገበር ፈቅጃለሁ።

አይ አዎ

እኔ ስለመብቶቼ እና ግዴታዎቼ አንብቤያለሁ ወይም ማብራሪያ ተሰጥቶኛል እና የደንበኛ መብቶች እና ኃላፊነቶች ቅጂ ተቀብያለሁ።

11 ማረጋገጫ እና ፈርማ

የመድን አረቦን ክፍያዎን ለመቀነስ ለ Washington Apple Health (ሜዲኬይድ) ነፃ ወይም ዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ወይም የግብር ክፍያት ለማመልከት ከዚህ በታች ፈርማዎ ያስፈልጋል።

እኔ በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ያሉትን መረጃዎች አንብቤ ተገንዝባለሁ። እኔ አረጋግጣለሁ፣ በሀሰት ምስክርነት ቅጣት ስር፣ በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰጠሁት መረጃ እውነት፣ ትክክለኛ እና እስከማውቀው ድረስ የተሟላ ነው።

ፈርማ

ቀን