

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

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

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

### በፍጥነት አንላይን ያመልከቱ

- በፍጥነት አንላይን በ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) ላይ ያመልከቱ

### ለራስዎ እና ለሌሎች ለማመልከት የሚያስፈልግዎት መረጃዎች፡-

- የማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች (SSN)፡- ለማንኛውም የቤተሰብዎ አባላት SSN (ሁሉም ፕሮግራሞች SSN እንዲኖሮት የሚጠይቁ አይደሉም)
- ለኢያንዳንዱ የቤተሰብዎ አባል የትውልድ ቀናት
- የወጭ አገር ፓስፖርት፣ “A” ቁጥር ወይም ሌላ የስደተኛ ቁጥሮች ስደተኞች ለሆኑ እና ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ለማያመለክቱ የቤተሰብ አባላት
- 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 በሚሰጡር እንይዛለን፡፡

### የተሟላ እና የተፈረመ ማመልከቻዎን 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](http://wahealthplanfinder.org)
- ስልክ፡- ለደንበኛ ድጋፍ ማእከል በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ወይም 1-855-627-9604 (TTY)
- በአካል፡- የማመልከቻ እገዛን ለማግኘት በ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) ላይ ባለው የደንበኛ ድጋፍ አገናኝ በኩል አሳሽ ወይም ደላላ ይፈልጉ፡፡
- ቋንቋ ወይም አካል ጉዳት ነት፡- 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

**የአረቦን ክፍያ፦** ለአርስዎ የጤና ዕቅድ በየወሩ የሚከፍሉት የገንዘብ መጠን፣ ካለ። ምንም እንኳን ምንም አይነት የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶች ባያገኙም ሽፋንን ለመጠበቅ የአረቦን ክፍያዎን መክፈል አለብዎት።

**የጤና ኢንሹራንስ አረቦን የግብር የዳቤ ክፍያ፦** ወርሃዊ ፕሪሚየምዎን ለመቀነስ ጥቅም ላይ የሚውሉ የግብር ክፍያዎች

**Washington Healthplanfinder፦** በዋሽንግተን ላሉ ግለሰቦች እና፣ ቤተሰቦች ሽፋንን ለማነፃፀር እና ለመመዝገብ እና የታክስ ዱቤዎችን፣ የወጪ መጋራትን ለመቀነስ እና እንደ Washington Apple Health ያሉ የህዝብ ፕሮግራሞችን ለማግኘት የመስመር ላይ የገበያ ቦታ።

**ኢንሹራንስ መስፈርቶችን የሚያሟላ የጤና አቅድ፦** በ Washington Healthplanfinder በኩል የግል የጤና ሽፋን።

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

**አስገዳጅ የጤና ጥቅማጥቅሞች (Essential Health Benefits)፦** ሁሉም አቅዶች 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 ይችላል።

**Washington Apple Health፦** ብቁ ለሆኑ የዋሽንግተን ነዋሪዎች የህዝብ ጤና መድን ፕሮግራሞች። Washington Apple Health በዋሽንግተን ለMedicaid፣ 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 ስራዎችን የሚፈቀዱ ወጪዎችን ከጠቅላላ ገቢዎ መቀነስ ይችላሉ። ለበለጠ መረጃ፣ በ [www.irs.gov](http://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፣ አዳ ወይም የንግድ መቋረጥ ኢንሹራንስ
- አቅርቦቶች፣ ጥገና፣ እና አድሳት
- ጉዞ፣ ምግብ እና መዝናኛ
- መገልገያዎች፣ ግብሮች እና ፈቃዶች
- ምንዳ

# የጤና እንክብካቤ ሽፋን መብቶችና ኃላፊነቶች

## በዚህ ሰነድ ውስጥ:

- **ክፍል 1** ሁሉም የጤና እንክብካቤ ሽፋን ፕሮግራሞች
- **ክፍል 2** Washington Apple Health ብቻ
- **ክፍል 3** ብቁ የጤና ዕቅዶች ብቻ
- **ክፍል 4** ቅሬታ ያስገቡ

## 1. ሁሉም የጤና እንክብካቤ ሽፋን ፕሮግራሞች

### የእርስዎ መብቶች

Washington Health Benefit Exchange እና የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን የሚከተሉትን ማድረግ አለባቸው:

**እርስዎ የተጠየቁትን ቅጾች እንዲያገኙ እና እንዲሞሉ ልናገዝዎት ይገባል።** Washington Health Benefit Exchange (HBE) Washington Healthplanfinder ያስተዳድራል፤ እርስዎ የጤና እና የፕሮጀክት ህክምና ሽፋን ለማመልከትና ለማስተዳደር የሚሄዱበት። ለእርዳታ Washington Healthplanfinder የደንበኞች ድጋፍ ማከልን በስልክ ቁጥር 1-855-923-4633 ማግኘት ይችላሉ። እርጅና፣ ማየት የተሳናቸው ወይም የአካል ጉዳተኛ ወይም የረጅም ጊዜ አገልግሎቶች እና ድጋፎች (LTSS) የሚፈልጉ ከሆኑ የማህበራዊ እና የጤና አገልግሎቶች መምሪያ (DSHS) በ1-877-501-2233 ማነጋገር ይችላሉ።

ያለ ምንም ወጪና ከHBE፣ የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን (HCA) ወይም DSHS ጋር ሲገናኙ የአስተርጓሚ ወይም የተርጓሚ አገልግሎቶችን ያቅርቡ። በማንኛውም ጊዜ እኛን በሚያገኙ ጊዜ አስተርጓሚ መጠየቅ ይችላሉ።

**የእርስዎን የግል መረጃዎች በሚሰጡር እንዲቀረጹ ነገር ግን እኛ የተወሰኑ መረጃዎችን ከሌላ ድጋፍ እና ከፌዴራል ተቋማት ጋር ለፕሮግራሙ ብቁ መሆንን ለማረጋገጥ እና ለምዝገባ ልናጋራ እንችላለን።** የHBE ግል ሚስጥር ፖሊሲን ያንብቡ [wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html](http://wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html) ።

**ለጤና ሽፋን፣ LTSS፣ የጤና ዕቅድ፣ የጤና መድህን ፕሮግራም የታከሰ ክሬዲት፣ የፕሮግራም ርዳታ ወይም የወጪ መጋራት ቅናሾች በHBE ወይም DSHS በተደረገው ውሳኔ ካልተሰማሙ ይግባኝ የመጠየቅ እድል ይሰጥዎታል።** ይግባኝ በመጠየቅ የእርስዎ ጉዳይ በድጋሚ ይታያል። ስለHBE ይግባኝ ሂደት ተጨማሪ መረጃ በ [wahbexchange.org/contact-us/appeals](http://wahbexchange.org/contact-us/appeals) በመጎብኘት ወይም Washington Healthplanfinder የደንበኞች ድጋፍ ማዕከልን በ1-855-923-4633 በመደወል ማግኘት ይችላሉ። ለDSHS ፕሮግራሞች ይግባኝ በተመለከተ መረጃ ለማግኘት DSHS በ1-877-501-2233 ያግኙ ወይም የአካባቢዎን የቤት እና የማህበረሰብ አገልግሎት ቢሮ ይጎብኙ። ይግባኙ Washington Apple Health (Medicaid) ሽፋን ላይ ውሳኔ ለመስጠት ከሆነ ለአስተዳደራዊ ችሎት ቀጠሮ ይያዝዎታል።

**በፍትሐዊ መንገድ ልንይዝዎ ይገባናል። መድልዎን ማንጸባረቅ ሕገወጥ ድርጊት ነው።** HBE እና HCA ተገቢውን የፌዴራል የሰብአዊ መብቶች ህጎችን ያከብራሉ እንዲሁም በHCA፣ ቀለም፣ ብሄር፣ ዕድሜ፣ የአካል ጉዳተኝነት ሁኔታ ወይም ጾታ መሰረት መድልክ አያደርጉም። HBE እና HCA ሰዎችን በዘራቸው፣ በቀለማቸው፣ በሀገራዊ መነሻቸው፣ በዕድሜያቸው፣ በአካል ጉዳታቸው ወይም በጾታቸው ምክንያት አያገለግሉም ወይም አይያዙም።

እንዲሁም HBE እና HCA ተገቢውን የግዛት ህጎች ያከብራሉ፤ በእምነት፣ ጾታ፣ ጾታዊ ማንነት መገለጫ ወይም አስተያየቶች፣ ወሲባዊ ዝንባሌ፣ የትዳር ሁኔታ፣ ሀይማኖት፣ በክብር የተሰናበተ ወታደር በመሆን ወይም በወታደራዊ ሁኔታ ወይም የአካል ጉዳተኛ ሰው በሰለጠነ ውሻ መመራት ወይም በእንስሳ መገልገል ሁኔታ መሰረት መድልክ አያደርጉም።

### HBE እና HCA:

- **አካል ጉዳተኛ ሰዎች ከእኛ ጋር በተሻለ መግባባት እንዲችሉ የሚከተሉትን ነጻ ድጋፎች እና አገልግሎቶች ይሰጣሉ፡**
  - ብቃት ያለው የምልክት ቋንቋ ተርጓሚ
  - በሌላ መንገድ የሚዘጋጅ በጽሑፍ የሚቀርብ መረጃ (በትልልቅ ፊደላት፣ በድምፅ፣ በቀላሉ ሊገኙ የሚችሉ የኤሌክትሮኒክ ፎርማቶች፣ ሌሎች ፎርማቶች)
- **የሚከተሉትን ነጻ የቋንቋ አገልግሎቶች የመጀመሪያ ቋንቋቸው እንግሊዝኛ ላልሆኑ ሰዎች ይሰጣሉ፡**
  - ብቃት ያላቸው ተርጓሚዎች
  - በሌሎች ቋንቋዎች የተፃፈ መረጃ እነዚህን አገልግሎቶች ከፈለጉ፣ 1-855-923-4633 ያግኙ።

HBE ወይም HCA እነዚህን አገልግሎቶች አላቀረቡም ወይም በሌላ መልኩ መድልክ አድረገዋል ብለው ካመኑ ለሚከተለው ቅሬታ ማሰማት 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 Washington Health Benefit Exchange ልውውጥ የህግ ክፍል ወይም የHCA የህግ አገልግሎቶች ክፍል ይገኛሉ።

እንዲሁም የዜጎችን መብት ቅሬታ ለU.S. የጤና እና የሰብአዊ አገልግሎት መምሪያ፣ ለሲቪል መብቶች ቢሮ በፖስታ፣ በኢሜይል፣ በስልክ ወይም በመስመር ላይ በ፡

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
ስልክ፡ 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
ኢ-ሜይል፡- **ocrmail@hhs.gov**  
በአንላይን፡ **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

የአቤቱታ ቅጾችን በ **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf** ላይ ሊያገኙት ይችላሉ።

## የእርስዎ ግዴታዎች

ካለ ፆት የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ወይም የኢሚግሬሽን ሰነድ ቁጥር ማቅረብ አለብዎት። የSSNን ወይም የኢሚግሬሽን ሰነድ ከሌለዎት አሁንም ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ማመልከት ይችላሉ ነገር ግን በገንዘብ እርዳታ ለሁሉም ፕሮግራሞች ብቁ ሳይሆኑ ይችላሉ። ይህን መረጃ የምንጠቀመው የእርስዎን ማንነት፣ ዜግነት፣ የኢሚግሬሽን ሁኔታ፣ የልደት ቀንና የሌላ የጤና እንክብካቤ ሽፋን መኖሩን በማረጋገጥ ለፕሮግራሞች ብቁ መሆንዎን ለማረጋገጥ ነው። ይህንን መረጃ ለማንኛውም የኢሚግሬሽን ኤጀንሲ አናጋራም። ለተወሰኑ የግብር ከፊዲዮችና ፕሮግራሞች SSN ያስፈልጋል።

ለራስዎ ወይም ለቤተሰብዎ የ SSNን ወይም የኢሚግሬሽን ሰነድ ቁጥር ካላቀረቡ ለተጨማሪ መረጃ ከእርስዎ ጋር ከትትል ማድረግ ሊያስፈልገን ይችላል። በኤጀንሲው ከተጠየቁ ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ማንኛውንም መረጃ ወይም ማረጋገጫ ያቅርቡ።

## እርስዎ ማወቅ ያለብዎት ነገሮች

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

**በ1973 የወጣው ብሔራዊ የመራጭ ምዝገባ ደንብ** ሁሉም ግዛቶች በሕዝብ ድጋፍ ሰጪ ጽ/ቤቶቻቸው አማካይነት የመራጭ ምዝገባ እገዛ እንዲሰጡ ያስገድዳቸዋል። ለመመዝገብ ማመልከት ወይም ለመምረጥ አለመመዝገብ ለሽፋን ብቁነትዎ ወይም በኤጀንሲዎቻችን የሚሰጡ ጥቅማጥቅሞችና አገልግሎቶች ወይም ጥቅማጥቅሞች ላይ ተጽዕኖ አይኖረውም። በ**vote.wa.gov** ላይ ድምጽ ለመስጠት መመዝገብ ወይም የመራጮች ምዝገባ ቅጾችን በ1-800-448-4881 በመደወል ማዘዝ ይችላሉ።

**የጤና አንቅራቢ አመቺነት እና ተጠያቂነት ህግ (HIPAA)** ገደቦች HBE፣ HCA እና DSHS የእርስዎን ወይም የቤተሰብዎ አባል የጤና መረጃ ከማንም ጋር ከመወያየት፣ ስልጣን ያለው ተወካይን ጨምሮ፣ ያ ግለሰብ ካልሆነ በቀር ይከለክላሉ። የውክልና ስልጣን አለው ወይም ይህን መረጃ ይፋ ለማድረግ የሚያስችል የስምምነት ቅጽ ፈርመዋል። ይህ መረጃ የአእምሮ ጤናዎ፣ የኤች.አይ.ቪ.፣ የኤድስ፣ የአባላዘር በሽታን ውጤት፣ ወይም ስለሚያገኙት ሕክምናና መድሃኒት የሚገልፅ መረጃ የሚያካትት ነው። ስለHBE የግል ምስጥር ፖሊሲ የበለጠ መረጃ ለማግኘት፡ **wahealthplanfinder.org/\_content/PrivacyPolicy.html**ን ይጎብኙ

**ተመጣጣኝ እንክብካቤ ህግ** HBE፣ HCA እና DSHS ስለእርስዎ ወይም ስለማንኛውም የቤተሰብዎ አባል እንዲቀበሉት ላልተፈቀደለትና ያለፈቃድ በግል የሚለይ መረጃ (PII) እንዳይሰጡ ይከለክላል።

**ለHBE፣ HCA እና DSHS የሚሰጡት መረጃ** ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቁ መሆንን ለመወሰን በፌዴራልና በክልል ባለስልጣናት ሊረጋገጥ ይችላል። ማረጋገጫ የብቃት ማረጋገጫ በኋላ ግምገማዎችንና የኤጀንሲውን ስራተኞች ክትትል ሊያካትት ይችላል።

**Washington Healthplanfinder በኩል ለጤና ኢንሹራንስ ማመልከቻ ከጀመሩና በማንኛውም ምክንያት ሂደቱን ካላጠናቀቁ፣** የእርስዎ መረጃ Washington Healthplanfinder ውስጥ ተከማችቶ ለ90 ቀናት ለእርስዎ ተደራሽ ይሆናል። ከ90-ቀን ጊዜ በኋላ ማመልከቻውን ካላጠናቀቁ፣ መረጃዎ Washington Healthplanfinder ስርዓት ይሰረዛል።

**HBE፣ HCA እና DSHS የእርስዎን የጤና ኢንሹራንስ ዕቅድ የማስተዳደር ኃላፊነት አይወስዱም።** የጤና መድን አገልግሎት አቅራቢዎ ስለ ጥቅማ ጥቅሞችዎ የበለጠ መረጃ ሊሰጥዎ ይችላል።

እርስዎ ከአቅድዎ ስር ከተዘረዘሩት የኪስ ወጪዎች ውስጥ የሚያገኙትን ጥቅማጥቅሞች ጨምሮ ስለ ጤና ኢንሹራንስ አቅድዎ ግዴታዎች ጥያቄዎች ካልዎት እና የጥቅማጥቅም ጥያቄ የሚያቀርቡ ከሆነ ወይም ጥቅማጥቅም ስለቀረብዎ ይግባኝ የሚያቀርቡ ከሆነ የራስዎን የጤና ኢንሹራንስ አቅራቢዎን ማነጋገር አለብዎት። በ Washington Healthplanfinder በኩል የተገዛ ማንኛውም የጤና መድን ሽፋን መቋረጥን ተከትሎ ለCOBRA ብቁ ከሆኑ፣ COBRAን ማስተዳደር እና የሚፈለጉትን የCOBRA ማሳወቂያዎች እና የምርጫ ወቅቶችን መስጠት የአሰሪዎ 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 ጥቅማ ጥቅሞችን ውድቅ እንዳያደርጉ ወይም አሁን ያለን የኢንሹራንስ ሽፋንን እንዳይሰርዙ።** የመመሪያውን ደንቦች መረዳት እና መስማማትዎን ያረጋግጡ፣ የሚሰራበት ቀን፣ የጥበቃ ጊዜ፣ የአረቦን ክፍያ መጠን፣ ጥቅማጥቅሞች፣ ገደቦች፣ የማይካተቱ እና ተዳብይ ሁኔታዎች ላይ ልዩ ትኩረት ይስጡ።

## 2. Washington Apple Health ብቻ

### የእርስዎ መብቶች

Washington Health Benefit Exchange እና የጤና እንክብካቤ ባለስልጣን የሚከተሉትን ማድረግ አለባቸው፡

እርስዎ ከጠየቁ ስለ መብቶችዎ እና ግዴታዎች እና ስረዳዎታለን።

**ቢያንስ የእርስዎን ስም፣ አድራሻ እና ፊርማ ወይም የአመልካቹ ሕጋዊ ወኪል ፊርማ ያካተተ ከፊል ማመልከቻ** እንዲያቀርቡ እንፈቅዳለን። እኛ የከፊል ማመልከቻውን የተቀበልንበት ቀን የእርስዎ ሽፋን ተፈጻሚ የሚሆንበት ቀን ላይ ተጽእኖ የሚያሳድር ሲሆን ይህ የእርስዎ የማመልከቻ ቀን ነው። ማመልከቻውን አጠናቀው ካልጨረሱ በስተቀር ስለ ሽፋንዎ የመጨረሻ ውሳኔ አንሰጥም።

**ከፊል ማመልከቻ እንዲያመለክቱ ወይም እንዲያስገቡ ይፍቀዱ** በWAC 182-503-0005 የተዘረዘረውን ማንኛውንም ዘዴ በመጠቀም።

**የእርስዎን ማመልከቻ ወዲያው** በWAC 182-503-0060 ላይ ከተቀመጠው ቀን ገደብ ሳናሳልፍ እና የሞለን።

**10 የቀን መቁጠሪያ ቀናትን ይሰጥዎታል** እኛ ብቁነትን ለመወሰን ያስፈልገናል። ተጨማሪ ጊዜ ካስፈለግዎት እንሰጥዎታለን። መረጃውን ካልሰጡን ወይም ተጨማሪ ጊዜ ካልጠየቁ የጤና እንክብካቤ ሽፋንዎን ልንከለክለው፣ ልንዘጋው ወይም ልንለውጥ እንችላለን።

**ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ለእኛ የሚያስፈልጉትን ማንኛውንም 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።**

**በአብዛኛዎቹ ጉዳዮች በ45 ቀናት ውስጥ የብቃት ውሳኔ በጽሁፍ ይሰጥዎታል።** የተወሰነ አካል ጉዳተኝነት ጋር በተገናኘ የሚሰጥ የጤና ክብካቤ ሽፋን እስከ 60 ቀናት ሊወስድ ይችላል። በእርጉዝ ሴት ሕክምና ላይ በ 15 ቀን ውስጥ እኛ የጽሁፍ ውሳኔ እንሰጣለን።

**ጉዳዩዎን ኦዲት ካደረግን መርማሪን ለማነጋገር ፈቃደኛ** አይደለሁም ለማለት ያስችልዎታል። መርማሪ ቤትዎ እንዲገባ መፍቀድ የለብዎትም። 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 መሆንዎን እኛ ብንወስንም እርስዎ የ Washington Apple Health ሽፋን ማግኘትዎን ይቀጥሉ።**

እርስዎ ለፕሮግራሙ ብቁ ሆነው ከተገኙ በWAC 182-503-0120 ውስጥ የተዘረዘሩትን አገልግሎቶች እኩል እንዲያገኙ እናደርጋለን።

## የእርስዎ ግዴታዎች

የሚከተለውን ማድረግ አለብዎት፡

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

**ሲጠየቁ እድሳዎችን** ያጠናቅቁ።

**ለጤና ክብካቤ አገልግሎቶች ከፍተኛ እንድንከፍል የሚያስፈልጉንን** የሕክምና አቅራቢዎች መረጃ ይስጡ።

**Medicare የማግኘት** መብት ካለዎት ያመልከቱ።

**ሲጠየቁ የHCA ሰራተኞችን** ይተባበሩ።

## እርስዎ ማወቅ ያለብዎት ነገሮች

Apple Health በመጠየቅና በመቀበል፣ ለዋሽንግተን ግዛት ለማንኛውም የህክምና ድጋፍና ለማንኛውም የሶስተኛ ወገን የጤና እንክብካቤ ክፍያዎች ሁሉንም መብቶች ይሰጣሉ።

- **ኤጀንሲው የእርስዎን ልጅ** የክትባት ታሪክ ለልጅ ክትባት መከታተያ ሥርዓት 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 ለማሳበራዊ እና ጤና አገልግሎት መምሪያ ሊሰጥ ይችላል።

**በሕግ፣ የዋሽንግተን ስቴት ከእርስዎ መኖሪያ (እስቴት) ለተወሰኑ የሕክምና አገልግሎቶች የክፈለውን ገንዘብ በ Estate Recovery** (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 እና ምዕራፍ 182-527 WAC) በኩል ሊያስመልስ ይችላል። ንብረት ከፍያን 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፡

- እርስዎ ይህንን አገልግሎት በወሰዱበት ጊዜ እድሜዎ 55 ዓመት እና ከዚያ በላይ ከሆነ የተወሰኑ የ Washington Apple Health የረጅም ጊዜ አገልግሎት እና ድጋፍ፤
- እርስዎ አገልግሎቱን በሚያገኙበት ጊዜ በእድሜዎ ላይ ሳይመሠረት የተወሰኑ በግዛት ብቻ የሚሸፈኑ አገልግሎቶች

እርስዎ የአገልግሎቶቹን ዝርዝር WAC 182-527-2746 ሥር በተደነገገው የወጪ ማስመለስ ሂደት መሠረት ማግኘት ይችላሉ። እርስዎ በWAC 182-527-2754 ስር በተደነገገው የወጪ ማስመለስ ሂደት መሰረት ከማስመለሻው ውጪ የሆኑትን የንብረቶች ዝርዝር ማግኘት ይችላሉ። በ42 U.S. ኮድ 1396p መስፈርቶች መሰረት ስቴቱ ከሞት በኋላ ለማገገም የቅድመ-ሞት ዋስ ሊያቀርብ ይችላል። የጎሳ መሬቶችና የአሜሪካ ህንጾችና የአላስካ ተወላጆች የሆኑ አንዳንድ ንብረቶች ከማገገም ነፃ ሊሆኑ ይችላሉ (WAC 182-527-2754)። ግዛቱ የሚከተለው ተፈጻሚ ካልሆነ በስተቀር ከፍያውን ንብረቱን ወይም የእርስዎን ሀብት በመሸጥ ሊያስመልስ ይችላል፡

- ባለቤትዎ በንብረቱ ውስጥ ይኖራል፤
- የእርስዎ እህት እና ወንድም በቤት ውስጥ የሚኖር እና የቤቱ የጋራ ባለቤት ከሆነ እንዲሁም የተወሰኑ ግዴታዎችን የሚያሟላ ከሆነ፤
- የእርስዎ ልጅ በቤት ውስጥ የሚኖር ከሆነ እና ማየት የተሳነው/አካል ጉዳተኛ ከሆነ፤ ወይም
- የእርስዎ ልጅ በቤት ውስጥ የሚኖር ከሆነ እና እድሜ ከ 21 በታች ከሆነ።

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

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



### 3. ብቁ የጤና ዕቅዶች ብቻ

#### እርስዎ ማወቅ ያለብዎት ነገሮች

Washington Healthplanfinder በኩል ብቁ በሆነ የጤና ዕቅድ ከተመዘገቡና ብቁ መሆንዎን ለማረጋገጥ በቂ መረጃ ካልሰጡ፣ የብቁነት መስፈርቶችን ለማሟላት ተጨማሪ መረጃ ለማቅረብ 90 ቀናት ይኖርታል። እርስዎን ወክለው የሚከፈሉ የግብር ክሬዲቶች ማንኛቸውም የቅድሚያ ክፍያዎች ማስታረቅ አለባቸው።

#### የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ካልዎት በማመልከቻዎ ላይ ማቅረብ አለብዎት።

SSNን ከሌልዎት አሁንም Washington Healthplanfinder ላይ የጤና ኢንሹራንስ መግዛት ይችላሉ። ይህን መረጃ የምንጠቀመው የእርስዎን ማንነት፣ ዜግነት፣ የኢሚግሬሽን ሁኔታ፣ የልደት ቀንና ሌላ የጤና እንክብካቤ ሽፋን መኖሩን በማረጋገጥ ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቁ መሆንዎን ለማረጋገጥ ነው። እኛ ይህንን መረጃ ለማንኛውም የኢሚግሬሽን ኤጀንሲ አናጋራም። ለተወሰኑ የግብር ክሬዲቶችና ፕሮግራሞች SSN ያስፈልጋል።

ለራስዎ ወይም ለቤተሰብዎ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ካልሰጡ ለተጨማሪ መረጃ ከእርስዎ ጋር ልንከታተል እንችላለን።

#### Washington Healthplanfinder በኩል ብቁ በሆነ የጤና ዕቅድ ከተመዘገቡና የገቢ ለውጥ ካሎት፣ በተቻለ ፍጥነት ማሳወቅ አለብዎት።

የገቢ ለውጥ እርስዎ ብቁ የሆኑትን የግብር ክሬዲት ወይም የወጪ መጋራት ቅነሳን ሊለውጥ ይችላል። የገቢ ለውጥ ተከትሎ ለዝቅተኛ ወጪ ዕቅድ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ፣ ወይም ገቢዎ ከጨመረ የተቀበሉትን የታክስ ክሬዲት የተወሰነ ክፍል እንዲመልሱ ሊጠየቁ ይችላሉ፣ እና ለውጦቹን ሪፖርት አያደርጉም።

ወደ Washington Healthplanfinder መለያ በመግባት የገቢ ለውጥን ሪፖርት ማድረግ እና "ለውጡን ሪፖርት ያድርጉ" የሚለውን በመምረጥ ሪፖርት ማድረግ ይችላሉ። ለአርዳታ ወይም በስልክ ለማሳወቅ ለደንበኛ ድጋፍ ማዕከል በ1-855-923-4633 ይደውሉ።

#### 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 እንዳያገኙ ያደርግዎታል። ለበለጠ መረጃ የIRS ቅጾች 1095 እና 8962 ጋር የተሰጠውን መመሪያ ያንብቡ።

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

#### የታዩት የክፍያ መጠኖች እርስዎ ለጠየቁት የዋስትና ዘመን ብቻ የሚያገለግሉ ናቸው።

የእርስዎ ፕሪሚየም ተመን በእርስዎ ቤተሰብ ውስጥ ባሉ ሰዎች ዕድሜ ላይ የተመሠረተ ነው። በቤተሰብዎ ውስጥ ያለ አንድ አባል ዕቅዱን በሚገመግሙበት ጊዜና ዕቅድዎ በሚጀምርበት ጊዜ (የሚሰራበት ቀን) መካከል የልደት ቀን ካለው፣ የእርስዎ የፕሪሚየም ዋጋ ሊጨምር ይችላል። እርስዎ የመረጡት ድርጅት በማንኛውም ጊዜ ዋጋዎቹ ቋሚ ለመሆናቸው ዋስትና አይሰጥም። የእርስዎ ሽፋን የእርስዎ መድን ዋስትና ሰጪ ክፍያ መቀበሉን እስከሚያረጋግጥ ድረስ አይሰራም።

#### የዋሽንግተን ስቴት የቅጥር ደህንነት መምሪያ የደሞዝዎንና የስራ መረጃዎን ለHBE እንዲለቅ ተስማምተዋል።

ይህንን ስምምነት መስጠቱ Washington Healthplanfinder ውስጥ ያለውን የማመልከቻና እንደገና የመወሰን ሂደት ለማቃለል እንደሚረዳ አምነዋል። በግል ሚስጥር መመሪያችን ላይ እንደተገለጸው የእርስዎ የግል መረጃ ይጠበቃል። የHBEን የግል ሚስጥር ፖሊሲ በ[wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html](http://wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html) ይመልከቱ።

### 4. ቅሬታ ያቅርቡ

በፌዴራል ህግና በU.S. የጤናና የሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ (HHS) ፖሊሲ መሰረት ይህ ተቋም በዘር፣ በቀለም፣ በትውልድ፣ በታ፣ በፆታ፣ በዕድሜ ወይም በአካል ጉዳት ላይ የተመሰረተ መድልዎ የተከለከለ ነው። የመድልዎ ቅሬታ ለማቅረብ፣ HHSን ያነጋግሩ።

**Regional Manager,  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services**

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11  
Seattle, WA 98121-1831  
ስልክ፡- 1-800-368-1019  
TDD፡ 1-800-537-7697  
ፋክስ፡- 206-615-2297

እንዲሁም የዜጎችን መብት ቅሬታ ለHHS፣ የሲቪል መብቶች ቢሮ ማቅረብ 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព 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)。

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

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 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, ມີໄວ້ໃຫ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنګ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنګ وېلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

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

[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).

[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] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓፂሱ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፣ በዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[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 የእውቂያ መረጃዎች

የመጀመሪያ ስም

መካ.መፈ.

የአያት ስም እና ቅጥያ

የትውልድ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓ.ዓ.ዓ.ዓ.)

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። እንዴት መገናኘትን ይመርጣሉ? ስልክ ኢሜይል በፖስታ USPS በኩል

\*ይህ መረጃ ለኢሚግሬሽን ማስፈጸሚያ ዓላማ ከማንኛውም የሰደተኛ ኤጀንሲ ጋር አልተጋራም። SSN ከሌለዎት ይህንን ባዶ ይተውት።

2

የቋንቋ መረጃ

እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱለት 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 ዓይነት አማራጭ ቅርጸት እንላክዎት?

ትልቅ ህትመት እንግሊዘኛ

ብሬይል



18001

3

የእርግዝና መረጃ

በቤተሰብ ውስጥ ነፍሰ ጡር አለ? አይ አዎ

4

ፍቃድ የተሰጠው ተወካይ መረጃ

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](https://dshs.wa.gov/authorized-rep-form) ላይ በመሙላት እራሱን AREP አድርጎ ሊሰይም ይችላል።
3. ሕጋዊ ወኪል በመሰየምዎ እርስዎ ለሕጋዊ ወኪልዎ የሚከተሉትን እንዲያከናውኑ ፈቃድ ሰጥተዋቸዋል፡-
- እርስዎን ወክለው ማመልከቻ እንዲፈርሙ፤
  - 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

5

ስለ ቤተሰብዎ መረጃዎች

እነዚህን ግለሰቦች በማመልከቻዎ ውስጥ ማካተት አለብዎት፡- ባለቤትዎ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ልጆችዎ፣ ከልጆቹ ጋር በቤት ውስጥ የሚኖሩ ወላጆች እና በፌዴራል የገቢ ግብር ተመላሽ ላይ ይገባኛል ብለው የሚጠብቁት ማንኛውም ሰው፣ የሚያሳውቁ ከሆኑ። 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 እያስፈልግዎትም።

6

ዋና አመልካች (ራሱ)

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

ይህ ሰው ለጤና ክብካቤ ሽፋን እያመለከተ ነው? አይ አዎ

እራስ

ከእርስዎ ጋር ያለው ዝምድና

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

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

**የማህበራዊ የስትና 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 አለመሆንዎ 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

ፊሊፒኖዊ

ላኦሺያን

ቪትናማዊ

አስያ ህንዳዊ

ጉኦማኖዊ

ሌላ የአስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ

ነጭ

ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ

ሐዋያን

ሌላ ዘር

ካምቦዲያዊ

ጃፓኖዊ

ሳሞአን

ቻይናዊ

ኮሪያዊ

ታይ

**እርስዎ የሂስታኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?**

ኩባዊ

ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካኖ

ስፓኒሽ/ሂስታኒክ ያልሆነ

ሌላ ስፓኒሽ/ሂስታኒክ

ፖርቱጋላዊ

**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 ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

7

## ባለቤት ወይም ሌላ ወላጅ (በቤት ውስጥ የሚኖሩ ከሆነ)

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

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

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

የዜግነት-ያልሆነ ሁኔታ፡- (አንዱን ያመልክቱ)

የአሜሪካ ዜጋ ወይም የአሜሪካ ናሽናል

ዜጋ ያልሆነ በአሜሪካ ውስጥ በህጋዊ መልኩ የሚገኝ

ሌላ

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡-

ይህ ግለሰብ በህጋዊ መንገድ ያለ ግን ዜጋ ያልሆነ ከሆነ፡ 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/ቀቀዓዓዓዓ)

ለአሁኑ ዓመት የሚጠበቀው የግብር ማሳወቂያ ሁኔታ (አንድ ይምረጡ)

ያላገባችኋል ግብርኝን 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 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 ከሆነ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ

በሚቀጥለው አመት እንደሚሰጥዎታል ይጠብቃሉ?

አይ አዎ

ዘር (አማራጭ – የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ	ፊሊፒንስ	ላኦስ	ቪትናማዊ
እስያ ህንዳዊ	ጉላማናዊ	ሌላ የእስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያን	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያዊ	ጃፓናዊ	ሳሞአን	
ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይ	

እርስዎ የሂስታንክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ኩባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ፔራኖ	ስፓኒሽ/ሂስታንክ ያልሆነ
ሌላ ስፓኒሽ/ሂስታንክ	ፖርቱጋላዊ	

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

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

8

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

የመጀመሪያ ስም	መካ.መፊ.	የአያት 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፣ የአህት ልጅ፣ የወንድም ልጅ፣ ወንድም/እህት)

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

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

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡-

ይህ ግለሰብ በህጋዊ መንገድ ያለ ግን ዜጋ ያልሆነ ከሆነ፣ 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 ማሳወቅ ሁኔታ ነበራችሁ?                      አይ                      አዎ

አይ ከሆነ ያለፈውን ዓመት 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 እያስገቡ ከሆነ፣ በዚህ አመት እንዳደረጉት ተመሳሳይ የግብር ሁኔታ

በሚቀጥለው አመት እንደሚሰጠው ይጠብቃሉ?                      አይ                      አዎ

**ዘር (አማራጭ – የሚመለከታቸው ላይ ሁሉ ያመለክቱ።)**

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ

ፊሊፒኖዊ

ላኦሲያን

ቪትናማዊ

አስያ ህንዳዊ

ጉአማኖዊ

ሌላ የአስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ

ነጮ

ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ

ሐዋያን

ሌላ ዘር

ካምቦዲያዊ

ጃፓኖዊ

ሳሞአን

ቻይናዊ

ኮሪያዊ

ታይ

እርስዎ የሂስፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ኩባዊ

ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካኖ

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 ለመመዝገብ መቻልዎን አይከለክልም።

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት?                      አይ                      አዎ

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)**

የዜግነት ሁኔታ፡- (አንዱን ያመልክቱ)

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

**የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡-**

ይህ ግለሰብ በህጋዊ መንገድ ያለ ግን ዜጋ ያልሆነ ከሆነ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ፡-

የአሜሪካ ሽፋን 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 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
አስያ ህንዳዊ	ጉሳማናዊ	ሌላ የአስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያን	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያዊ	ጃፓናዊ	ሳሞአን	
ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይ	

እርስዎ የሂስፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ኩባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካኖ	ስፓኒሽ/ሂስፓኒክ ያልሆነ
ሌላ ስፓኒሽ/ሂስፓኒክ	ፖርቱጋላዊ	

**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 ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት?      አይ      አዎ

10

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

የመጀመሪያ ስም	መካ.መፊ.	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)**

የዜግነት ሁኔታ፡- (አንዱን ያመልክቱ)

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

**የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፡-**

ይህ ግለሰብ በህጋዊ መንገድ ያለ ግን ዜጋ ያልሆነ ከሆነ፣ የሚከተለውን መረጃ ያስገቡ፡-

የአሜሪካ ሽፋን 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)**

ያላባ/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 የቤተሰብ 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 አለመሆንዎ 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	ፊሊፒኖዊ	ላኦሲያን	ቪትናማዊ
እስያ ህንዳዊ	ጉአማኖዊ	ሌላ የእስያ ፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያን	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያዊ	ጃፓኖዊ	ሳሞአን	
ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይ	

እርስዎ የሂስፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ዝርያ ነዎት?

ኩባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካኖ	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 እቅድ ውስጥ ለመመዝገብ መቻልን አይከለክልም።

የአሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነዎት? አይ አዎ

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

## አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ መረጃ

የአሜሪካ ሕንዳውያን እና የአላስካ ተወላጆች ለልዩ የApple Health ጥበቃዎች እና በ Washington Healthplanfinder በኩል ልዩ ጥቅማጥቅሞች ለማግኘት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። የአሜሪካ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ዝርያ ለሆኑት ለሚያመለክቱ ለአያንዳንዱ አባል ከዚህ በታች ያለውን ስንጠረዥ ይመሉ።

የግለሰብ ስም	የእሳብ ስም
በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንፔሪያ አባል፤	
በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን	አይ አዎ
የግለሰብ ስም	የእሳብ ስም
በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንፔሪያ አባል፤	
በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን	አይ አዎ
የግለሰብ ስም	የእሳብ ስም
በፌዴራል ደረጃ እውቅና ያለው ጎሳ፣ ባንድ፣ ፑብሎ ወይም ራንፔሪያ አባል፤	
በአላስካ ተወላጅ ክልላዊ ወይም መንደር ኮርፖሬሽን ውስጥ ባለ አክሲዮን	አይ አዎ
የግለሰብ ስም	የእሳብ 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 ያለበት፣ ቋሚ አድራሻ የሌላቸው ግለሰቦችን ጨምሮ፣ ወይም በሥራ ምክንያት ወይም ሥራ በመፈለግ ወደ ግዛቱ የገባ ሰው ነው።

ለጤና አንክብካቤ 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 ያስገቡ፡-

(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 ያስገቡ፡-

(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 ለመመዝገብ ማመልከት ይፈልጋሉ? አይ አዎ

“አዎ” ከመረጡ የመራጮች ምዝገባ ቅጽ ይሰጥዎታል።

የእርስዎ ምርጫ ለመምረጥ መመዝገብ ወይም አለመመዝገብ በሚሰጥዎት የእርዳታ መጠን ወይም ብቁነትዎ 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።

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

## የኢንሹራንስ መስፈርቶችን ለሚያሟላ የጤና እቅድ አመልካች ፊርማ

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

መብቶቼን እና ኃላፊነቶቼን አንበቢአለሁ ወይም ተብራርቶልኛል።

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

ፊርማ

ቀን

## ክፍል 2

1

የጤና ኢንሹራንስ መረጃ

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

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

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

አዎ ከሆነ፣ መረጃዎን ከታች ባለው ሠንጠረዥ ውስጥ ይስጡ። 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

ልዩነት የጤና ኢንሹራንስ

ለልጅ ሽፋን የማያመለክቱ ከሆነ ይህንን ጥያቄ ይዝለሉ 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?

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

አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡-

18 ዓመት ሲሞላቸው አሁን ከ18-25 የሆኑ አባላት በማደግ ውስጥ ያሉ አባላት ነበሩ? አይ አይ

አዎ ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ያስገቡ፡-

እርስዎ ወይም የቤተሰብ አባል በኢሚግሬሽን ሁኔታዎ 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 ንቅለ ተከላ ምክንያት የሰውነት አለመቀብል የሚከላከል/አንቲ-ሪጀክሽን መድሐኒት ያስፈልገዋል፡- ማን፡- \_\_\_\_\_

የህመም-ማን እና የአረጋውያን እንክብካቤ ማዕከል፣ የታገዘ ኑሮ ወይም የቤት ውስጥ እንክብካቤ ያስፈልገዋል፡- ማን፡- \_\_\_\_\_

እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ ውስጥ እርግዝ የሆኑት አላች? አይ አይ (ነፍሰ ጡር ናት ወይም 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 አይ





እኚህ ሰው የጤና መድን በአሰሪያቸው ተሰጥቷቸዋል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ መድን የተሰጣቸው ሁሉንም የቤተሰብ አባላት ይዘርዝሩ

ስ፡-

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

ስ፡-

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

ስ፡-

ጠቅላላ (ግብሮች ከመቀነሳቸው በፊት) ወርሃዊ ገቢ (ምንዳዎች፣ ደግሞቶች፣ ቲፕ/ማበርታቻዎች፣ ኮርፖሬሽን፣ S-ኮርፖሬሽን)

እኚህ ሰው የጤና መድን በአሰሪያቸው ተሰጥቷቸዋል? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ መድን የተሰጣቸው ሁሉንም የቤተሰብ አባላት ይዘርዝሩ

ስ፡-

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

ስ፡-

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

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

**በግል ተዳዳሪ ገቢ፡-** እርስዎ ወይም እርስዎ በቤትዎ ውስጥ 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 ከተመላከተ 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 S-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (አንድም ካለ)

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

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም

የኩባንያው ስም (አንድም ካለ)

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

**የማህበራዊ ዋስትና ገቢ፦** በቤትዎ ውስጥ 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፦** በቤትዎ ውስጥ የኪራይ ገቢ ታገኛላችሁ? አይ አዎ

አዎ ከሆነ፣ ከሪል አስቴት 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

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

አዎ ከሆነ፣ አሁን ያለውን 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 ወኪይ የሆነ የጊዜ ወሰን ገቢን በአማካይ በማውጣት ወርሃዊ መጠን ይገምቱ።

በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም	የከብንያው ስም (ካለ ካለ)	የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም S-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)
በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም	የከብንያው ስም (ካለ ካለ)	የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም S-ኮርፖሬሽን ገቢን እዚህ አታስገቡ)
በግል ተዳዳሪ ግለሰብ ስም	የከብንያው ስም (ካለ ካለ)	የተጣራ ወርሃዊ ገቢ (የኮርፖሬሽን ወይም S-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

<b>8</b>	<b>ሌላ ገቢ</b>
----------	--------------

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

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:-
የአርሻ ገቢ	ማን:-	\$:-	በምን ያህል ጊዜ:-
	ማን:-	\$:-	በምን ያህል ጊዜ:-
የውጭ ገቢ	ማን:-	\$:-	በምን ያህል ጊዜ:-
	ማን:-	\$:-	በምን ያህል ጊዜ:-
ገቢ ከጉብረት 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:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የሮያሊት ገቢ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ግብር የሚከፈልበት የነሳ ገቢ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ሥራ አጥነት ጥቅማ-ጥቅሞች	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____

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

ስም	አይ	አዎ
ስም	አይ	አዎ
ስም	አይ	አዎ

9

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:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ይገባኛል ሊባሉ የሚችሉት የተወሰኑ የቢዝነስ ወጪዎች	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የሚያስተመረው ሰው ወጪ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የጤና ቁጠባዎች ሒሳብ መዋጮዎች	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____

ለአፌሴላዊ ወታደራዊ አንቅስቃሴ ወጪዎችን ማንቀሳቀስ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
ቁጠባን ያለጊዜው በማቋረጥ የተጣለ ቅጣት	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የቅድመ-ግብር ጡረታ ሂሳብ አስተዋጽኦዎች	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የግል ተዳዳሪ የጤና መድን	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የግል ተዳዳሪ የጡረታ አቅድ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
በግል ተዳዳሪ የግብር ክፍያ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
የተማሪ ብድር ወለድ	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____
	ማን:- _____	\$:- _____	በምን ያህል ጊዜ:- _____

#### ለሽፋን የሚመለከቱ 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. በእድገት 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](https://hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf)) መሙላት ሊጠበቅብዎ ይችላል፡-**

- እድሜዎ 65 ወይም ከዚያ በላይ ወይም Medicare ውስጥ ከሆኑ።
- ከዚህ በላይ ባሉት ልዩ ማናቸውም ጥያቄዎች አዎ ብለው መልሰዋል።
- ለሜዲካል ኔዲ/ክፍተት የህክምና ወጪ የሚያስፈልግዎት (MN) ወይም ለ Apple Health ለአካል ጉዳተኞች ሰራተኞች (HWD) ፕሮግራም እያመለከቱ ነው።

**11**

**ከመፈረምዎ 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 ሳልወስድ የግብር ክሬዲቶች ዓመታዊ እድሳቴ ላይ እንዲተገበር ፈቅጃለሁ።

አይ አዎ

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

**12**

**ማረጋገጫ እና ፈርማ**

**የኢንሹራንስ አረቦን ክፍያዎን ለመቀነስ ለ Washington Apple Health (Medicaid) ነፃ ወይም ዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ወይም የግብር ክሬዲት ለማመልከት ከዚህ በታች ፈርማዎ ያስፈልጋል።**

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

ፈርማ

ቀን