

### የልግስና የጤና አገልግሎት/የገንዘብ እገዛ ጥያቄ

ውድ ታካሚ እና ቤተሰቦች፡-

በተለያዩ ሁኔታዎች እና መሰረታዊ እሴቶቻችን መሰረት፣ የመክፈል አቅማቸው ምንም ሆነ ምን ለሰዎች የጤና አገልግሎት ለማቅረብ ቁርጠኞች ነን።

#### የለጋሰነት የጤና አገልግሎት/የገንዘብ ድጋፍ፡-

የሕክምና ወጪዎች ለመክፈል ሊከብዱ ይችላሉ። የሕክምና አገልግሎት ወጪያቸውን በሙሉ ወይም በከፊል መክፈል የተሳናቸው ታካሚዎች፣ ይህንን ቅጽ በመሙላት እና በመመለስ ለገንዘብ ድጋፍ ማመልከት ይችላሉ። የተወሰኑ የገቢ መስፈርቶችን የሚያሟሉ ታካሚዎች እና ቤተሰቦች፣ በቤተሰባቸው ብዛት እና ባላቸው ገቢ መሰረት፣ የጤና መድን ቢኖራቸውም እንኳን ለነጻ ህክምና ወይም በቅናሽ ዋጋ ለሚሰጥ አገልግሎት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ።

የገንዘብ ድጋፍ ፖሊሲዎችንና የተንሸራታች ሚዛን መመሪያዎቻችንን ለመመልከት፣ እባክዎ ወደሚከተለው ድረ ገጽ በመሄድ ይጎብኙ፡-

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

**የገንዘብ ድጋፍ ምን ይሸፍናል?** የገንዘብ ድጋፍ፣ እንደ ብቁነትዎ ሁኔታ ከሚኒስትሪዎቻችን አንዱ በሆኑት የሚቀርቡ ለጤናዎ አስፈላጊ የሆኑ አገልግሎቶችን ብቻ ይሸፍናል። የገንዘብ ድጋፍ በሌሎች ድርጅቶች የሚቀርቡ ድጋፎችን ጨምሮ ሁሉንም የጤና አገልግሎት ክፍያዎች ላይሸፍን ይችላል።

**ይህንን ማመልከቻ ለመሙላት ጥያቄዎች ካሉዎት ወይም እገዛ የሚፈልጉ ከሆነ፡-** የገንዘብ ድጋፍ ፖሊሲዎቻችንን ስለ ፕሮግራሞቹ መረጃዎችን እና የማመልከቻ ሰነዶችን በድረ ገጻችን ወይም በስልክ ማግኘት ይችላሉ። አካል ጉዳትን እና የቋንቋ እገዛን ጨምሮ ለማንኛውም ምክንያት እገዛ ማግኘት ይችላሉ። በሚከተለው ሁኔታ ሊያገኙን ይችላሉ፡-

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

የደንበኞች አገልግሎት ወኪሎችን ለማግኘት፡- 206-320-5300 ☐☐☐ 877-406-0438 ከሰኞ - ግርብ ከ 8:00 am እስከ 6:00 pm

#### ማመልከቻዎ ተቀባይነት እንዲያገኝ የሚከተሉትን ማቅረብ አለብዎ፡-

- ስለቤተሰብዎ መረጃ  
በቤትዎ ውስጥ የሚኖሩ ሰዎችን ብዛት መሙላት (ቤተሰብ ማለት በመወለድ፣ በጋብቻ ወይም በጉዲፊቻ ተዛምደው አብረው የሚኖሩ ሰዎችን ያጠቃልላል)
- ስለ ቤተሰብዎ አጠቃላይ ወርሃዊ ገቢ መረጃ (ከቀረጥ እና ግብር ተቀናናሽ በፊት ያለውን ገቢ)
- ንብረቶችን ማሳወቅ (በገንዘብ እገዛ ማመልከቻ ቅጽ ላይ እንደተመለከተው)
- አስፈላጊ ሆኖ ያገኙትን ተጨማሪ መረጃ ያካትቱ
- በገንዘብ ድጋፍ ቅጹ ላይ ቀኑን በመጻፍ ይፈርሙበት

#### **\*\*የገቢ ምንጭ ማረጋገጫ ያስፈልጋል \*\***

እባክዎ የሚከተሉትን ሰነዶች ቅጂዎች ከማመልከቻዎ ጋር ያስገቡ፡-

- የ3 ወር የደመወዝ ክፍያ ደረሰኞች
- በቅርብ ጊዜ የገባ የግብር እና ቀረጥ ሰነድ ለሁሉም የቤተሰብ አባላት
- እባክዎ በገንዘብ እገዛ ማመልከቻው ላይ በተመለከተው መሰረት የማንኛውንም ሌላ የገቢ ምንጭ ማረጋገጫ ያቅርቡ

**ማስታወሻ፡-** ለገንዘብ ድጋፍ ለማመልከት የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (Social Security number) ማቅረብ አይጠበቅብዎትም። የማህበራዊ ዋስትና ቁጥርዎን ከሰጡን ግን ማመልከቻዎን የምንገመግምበትን ሂደት ያፋጥናል። የማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች ለእኛ የሰጡንን መረጃዎች እንድናረጋግጥ ይረዱናል። የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ከሌለዎ እባክዎ “አግባብነት የለውም” ወይም “ኤንኤ” የሚለውን ይምረጡ።

#### የተሞላውን ማመልከቻ ከሁሉም ሰነዶች ጋር ወደ ቀጣዩ አድራሻ በፖስታ ይላኩ (አንድ ቅጅ ለራስዎ ማስቀረት አይርሱ)፡

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Swedish Medical Center

Attn: Corporate Business Office

747 Broadway, Seattle WA 98122

የተሟላውን ማመልከቻ ራስዎ ለማስገባት፡- ወደሚቀርብዎ የሆስፒታል ገንዘብ ተቀባይ ቢሮ ይሂዱ

የመጨረሻውን የብቁነት ውሳኔ እና የይግባኝ መብት በተመለከተ፣ የገቢ ሰነዶችን ጨምሮ የተሟላ የገንዘብ ድጋፍ ማመልከቻውን በተቀበልን በ14 ተከታታይ ቀናት ውስጥ እናሳውቅዎታለን።

የገንዘብ ድጋፍ ማመልከቻ በማስገባትዎ፣ አስፈላጊ የሆኑ ማጣራቶችን እና የክፍያ ግዴታዎችን እንድናረጋግጥ ፈቃድዎን ሰጥተውናል።

ልንረዳዎ እንፈልጋለን። እባክዎ ማመልከቻዎን በቶሎ ያስገቡ!  
መረጃዎ እስኪደርሰን ድረስ የክፍያ መጠየቂያዎች ሊደርሱዎ ይችላሉ።

## ልግስና የጤና አገልግሎት/የገንዘብ ድጋፍ ቅጽ - ምስጢራዊ

እባክዎ ሁሉንም መረጃዎች በሙሉ ይሙሉ። አግባብነት ከሌለው "NA" ብለው ይጻፉ። አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ገጾችን ያያይዙ።

### የመለያ መረጃ

አስተርጓሚ ይፈልጋሉ?  አዎ  አይ አዎ ከሆነ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ይዘርዝሩ፡-

ታካሚው ለ Medicaid አመልክተዋል?  አዎ  አይ ምናልባት ለገንዘብ ድጋፍ ከመታጨት በፊት ማመልከቱ አስፈላጊ ሊሆን ይችላል

ታካሚው ቋሚ የህዝብ አገልግሎቶች፣ ለምሳሌ TANF፣ መሰረታዊ ምግብ ወይም WIC ይቀበላሉ?  አዎ  አይ

ታካሚው በአሁኑ ጊዜ መጠለያ የላቸውም?  አዎ  አይ

የታካሚው የህክምና ክብካቤ ከመኪና አደጋ ወይም ከስራ ላይ ጉዳት ጋር የተያያዘ ነው?  አዎ  አይ

### እባክዎ ያስታውሱ

- ምንም እንኳን ማመልከቻ ያስገቡ ቢሆንም ለገንዘብ ድጋፍ ብቁ የሚያደርግዎ ስለመሆኑ ማረጋገጫ መስጠት አንችልም።
- አንድ ጊዜ ማመልከቻዎን ከላኩ፣ ሁሉንም መረጃ ፈትሽን ተጨማሪ መረጃዎችን ወይም የገቢ ማስረጃ ልንጠይቅዎ አንችላለን።
- የተሟላ ማመልከቻዎን እና ደጋፊ ሰነዶችን በተቀበልን በ14 ተከታታይ ቀናት ውስጥ፣ ለድጋፍ ብቁ መሆን ወይም አለመሆንን እናሳውቅዎታለን።

### የታካሚ እና የአመልካች መረጃዎች

|  |                   |          |  |
|--|-------------------|----------|--|
| የታካሚ መጠሪያ ስም   | የታካሚ የአባት ስም      |          | የታካሚ የአያት ስም   |
| <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት<br><input type="checkbox"/> ሌላ (እዚህ ይግለጹ _____)   | የትውልድ ቀን          |          | የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (Social Security Number)<br>(አንደኛ-ላንትም*)<br><br><small>*አንደኛ-ላንትም፣ ነገር ግን ከስቴት ሕግ ግዴታዎች በላይ ለሆነ የተሻለ ልግስና እና አገዛ ያስፈልጋል።</small> |
| ክፍያዎችን የመክፈል ኃላፊነት ያለበት ሰው   | ከታካሚው ጋር ያለው ዝምድና | የትውልድ ቀን | የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (አንደኛ-ላንትም*)<br><br><small>*አንደኛ-ላንትም፣ ነገር ግን ከስቴት ሕግ ግዴታዎች በላይ ለሆነ የተሻለ ልግስና እና አገዛ ያስፈልጋል።</small>                             |
| የፖስታ አድራሻ  |                   |          | የዋና ተጠሪ ስልክ ቁጥር(ሮች)<br>( ) _____<br>( ) _____<br>የኢሜይል አድራሻ፡- _____  |
| ከተማ  | ስቴት               | ዚፕ ኮድ    |  |
| ክፍያዎችን የመክፈል ኃላፊነት ያለበት ሰው የቅጥር ሁኔታ<br><input type="checkbox"/> ተቆጣሪ (የቅጥር ቀን፡- _____) <input type="checkbox"/> ስራ የለውም (ያለ ስራ ምን ያህል ጊዜ ቆዩ፡- _____)<br><input type="checkbox"/> የራስ-ስራ የሚሰራ <input type="checkbox"/> ተማሪ <input type="checkbox"/> አካል ጉዳተኛ <input type="checkbox"/> ጡረተኛ <input type="checkbox"/> ሌላ (_____ ) |                   |          |  |

### የቤተሰብ መረጃ

ራስዎን ጨምሮ በቤትዎ ውስጥ የሚኖሩ የቤተሰብ አባላትን ይዘርዝሩ። "ቤተሰብ" በመወለድ፣ በጋብቻ ወይም በጉዲፊቻ የተዛመዱና አብረው የሚኖሩ ሰዎችን ያጠቃልላል።

#### የቤተሰብ አባላት ብዛት

አስፈላጊ ሆኖ ካገኙት ተጨማሪ ገጽ ያክሉ

| ስም | የትውልድ ቀን | ከታካሚው ጋር ያለው ዝምድና | 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ፡- የአሰሪ(ዎች) ስም ወይም የገቢ ምንጭ | 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ፡- ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ (ከግብር በፊት)፡- | ለገንዘብ ድጋፍ ጭምር ያመለክታሉ? |
|----|----------|-------------------|--|--|-----------------------|
|    |          |                   |  |  | አዎ / አይ               |
|    |          |                   |  |  | አዎ / አይ               |
|    |          |                   |  |  | አዎ / አይ               |
|    |          |                   |  |  | አዎ / አይ               |

የሁሉም አዋቂ የቤተሰብ አባላት ገቢዎች መገለጽ አለባቸው። የገንዘብ ምንጮች ለምሳሌ የሚከተሉትን ያካትታሉ፡-

- ደሞዝ - ስራ አልባነት - የራስን ስራ መስራት - የሰራተኞች ካሳ - የአካል ጉዳት - SSI - የልጅ/የትዳር አጋር ድጋፍ - የሰራተኞች ጥቅም ገቢ (ተማሪዎች) - ጡረታ - የጡረታ ሂሳብ ክፍፍል - ሌላ (እባክዎ ያብራሩ \_\_\_\_\_)

## ልግስና የጤና ክብካቤ/የገንዘብ ድጋፍ ማመልከቻ ቅጽ - ምስጢር

**የገቢ መረጃ**

*ያስታውሱ:- ከማመልከቻዎ ጋር የገቢ ማስረጃ ማካተት አለብዎ።*

የቤተሰብዎን ገቢ መረጃ ማቅረብ አለብዎ። የገንዘብ ድጋፍን ለመወሰን የገቢ ማረጋገጫ ያስፈልጋል።  
 ሁሉም 18 ዓመት እና ከዚያ በላይ የሆኑት የቤተሰብ አባላት ገቢያቸውን መግለጽ አለባቸው። ሰነዶችን ማቅረብ የማይችሉ ከሆነ፣ ፊርማዎን የያዘ ገቢዎን የሚያብራሩ መግለጫ በጽሁፍ ማስገባት ይችላሉ። አባክዎ ሁሉንም የተለዩ የገቢ ምንጮች ማስረጃዎች ያያይዙ።  
 የገቢ ማስረጃዎች ለምሳሌ የሚከተሉትን ያካትታሉ:-

- የ “W-2” ዊዝሆልዲንግ መግለጫ፣ ወይም
- የቅርብ ጊዜ የክፍያ መቀበያ ደረሰኞች (3 ወር)፣ ወይም
- ያለፈው ዓመት የገቢ ግብር መግለጫ፣ አግባብነት ካለው የጊዜ ሰሌዳውን ጨምሮ፣ ወይም
- ከአስሪዎች የተገኙ ፊርማ የሰፈሩባቸው መግለጫዎች በጽሁፍ፣ ወይም
- የ Medicaid ፈቃድ/ክልከላ እና/ወይም መንግስት-አገዛ የህክምና እገዛ፣ ወይም
- የሰራ አጥ ድጋፍ ብቁነት ፈቃድ/ክልከላ።

የገቢ ማስረጃ ከሌለዎ ወይም ምንም ገቢ ከሌለዎ፣ ይህንኑ የሚያብራሩ አንድ ተጨማሪ ገጽ ያክሉ።

**የወጪ መረጃ**

*ይህንን መረጃ የገንዘብ ሁኔታዎን በተመለከተ የተሻለ ግንዛቤ እንዲኖረን እንጠቀምበታለን።*

ወርሃዊ የቤት ወጪዎች:-

|                 |          |                             |          |
|-----------------|----------|-----------------------------|----------|
| ኪራይ/የቤት ብድር ክፍያ | \$ _____ | የሕክምና ወጪዎች                  | \$ _____ |
| የመድን አረቦን ክፍያዎች | \$ _____ | የፍጆታ(መብራት፣ ውሃ ወዘተ) ክፍያዎች    | \$ _____ |
| ሌሎች ዕዳ/ወጪዎች     | \$ _____ | (የህጻን ድጋፍ ብድሮች፣ መድሃኒቶች፣ ሌላ) |          |

**የንብረት መረጃ**

*ይህ መረጃ፣ ገቢዎ ከፌዴራል የድህነት መመሪያ በ200% የበለጠ ሆኖ ከተገኘ በጥቅም ላይ የሚውል ነው።*

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| የአሁን የተንቀሳቃሽ ሂሳብ መጠን<br>\$ _____ | ቤተሰብዎ እነዚህ ንብረቶች አለው?<br><b>እባክዎ አግባብነት ያላቸው ላይ ምልክት ያድርጉ</b>  |
| የአሁን የቁጠባ ሂሳብ መጠን<br>\$ _____    | <input type="checkbox"/> ስቶኮች <input type="checkbox"/> ቦንዶች <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> የጤና ቁጠባ ሂሳብ(ቦች) <input type="checkbox"/> ትረስት(ቶች) |
|                                  | <input type="checkbox"/> ንብረት (ዋናውን መኖሪያዎን ሳይጨምር) <input type="checkbox"/> የንግድ ስራ አላቸው  |

**ተጨማሪ መረጃ**

እባክዎ እኛ እንድናውቀው የሚፈልጉት ሌላ ገንዘብ ነክ መረጃ ካለዎ ተጨማሪ ገጽ ያክሉ። ለምሳሌ የገንዘብ አጣብቂኝ፣ ወቅታዊ ወይም ጊዜያዊ ገቢ ወይም ግላዊ አደጋ።

**የታካሚ ስምምነት**

የስዊድን የጤና አገልግሎት (Swedish Health Services) የክሬዲት መረጃዎችን በመገምገም እና ለገንዘብ ድጋፍ ወይም የአከፋፈል ዕቅዶች ያለኝን ብቁነትን ለመወሰን የሚረዱ መረጃዎችን ከሌሎች ምንጮች በማግኘት መረጃዎችን ማረጋገጥ እንደሚችል ተረድቻለሁ።

እስካሁን ባለኝ እውቀት፣ ከዚህ በላይ የሰጠሁት መረጃ ትክክለኛ እና እውነተኛ መሆኑን አረጋግጣለሁ። የምሰጠው መረጃ ሐሰት ሆኖ ቢገኝ፣ ውጤቱ የገንዘብ እገዛውን መከልከል ሲሆን፣ ለቀረቡ አገልግሎቶችም ኃላፊነት እና የክፍያ ግዴታ የእኔ እንደሆነ ተረድቻለሁ።

የአመልካቹ ሰው ፊርማ \_\_\_\_\_ ቀን \_\_\_\_\_