



የኮሎምቢያ ክልል መንግሥት  
የሰብአዊ አገልግሎት መምሪያ  
የኢኮኖሚ ደህንነት አስተዳደር

# የጋራ/ጥምር ማመልከቻ ለዲሲ\*

## ፋድ ስታምፕ (የስናፕ ጥቅሞች)

የገንዘብ ድጋፍ (ቴ.ኤ.ኤን.ኤፍ ልጆች ላሏቸው ቤተሰቦች or መስራት ለተሳናቸው ጊዚያዊ የስንኩልነት ድጋፍ)

**ሜዲኬይድ (MEDICAID)** (ለአዛውንቶች ወይም መስራት ለተሳናቸው)

**የጤና እንክብካቤ ኢንሻራንስ/ የሰደተኛ ልጅ ፕሮግራም**

\* ለሜዲኬይድ አመልካቾች ልጆች ላሏቸው ቤተሰቦች (የቴ.ኤ.ኤን.ኤፍ አመልካቾችን ጨምሮ) ወይም ስንኩል-ያልሆነ/አዛውንት-ያልሆነ አዋቂ ሰው የዲሲ የጤና ማገናኛ ማመልከቻ ማስገባት ይኖርበታል (የሚቀጥለውን ገጽ ይመልከቱ)

በዲሲ ውስጥ የሚኖሩ ከሆነ፤ የእርዳታ ጥቅሞችን ለማግኘት ለማመልከት ይህን ቅጽ መጠቀም ይችላሉ። ይህን ቅጽ አስመልክቶ እርዳታ ከፈለጉ ጉዳይዎን የያዙትን ሠራተኛ ወይም ማገናኛውንም ሌላ የኢ.ኤስ.ኤ ሰራተኛ ይጠይቁ። እንዲሁም በስልክ ቁጥር (202) 727-5355 መደወል ይችላሉ። ያለምንም ክፍያ የአስተርጓሚዎች አገልግሎት እንሰጣለን።

እባክዎን ይህን ወደ አገልግሎት ማዕከል ይዘው ይምጡ። የትኛው ማዕከል ለእርስዎ እንደሚቀርብ ለማወቅ በስልክ ቁጥር (202) 727-5355 ይደውሉ። እንዲሁም ይህንን ቅጽ ወደ DHS/ CRMU, 609 H St., NE, Washington, DC 20002 በፖስታ መላክም ይችላሉ።

### ☐ Sí, hablo ESPAÑOL (SPANISH)

Si usted vive en DC, puede usar este formulario para solicitar beneficios. Si necesita ayuda con este formulario, pídale ayuda a su trabajador u otro empleado de ESA. También puede llamar al (202) 727-5355. Intérpretes gratis están disponibles.

Por favor, lleve este formulario al Centro de Servicio de su área. Para saber cuál Centro le queda más cerca, llame al (202) 727-5355. También puede enviar este formulario por correo a 609 H St., NE, Washington, DC 20002.

Questions? ¿Preguntas? ጥያቄዎች?  
有問題嗎? Có thắc mắc gì không?

**(202) 727-5355**

በድርጅቱ ሰራተኛ ብቻ የሚሞላ  ማመልከቻ  የአዳጋም ማረጋገጫ

የባለጉዳይ ስም \_\_\_\_\_ የጉዳይ # \_\_\_\_\_  
የመዝገብ ቀን \_\_\_\_\_ ፕሮግ. ተፈቀደ \_\_\_\_\_  
Date Disp. \_\_\_\_\_ Prog. Denied \_\_\_\_\_

ESA Combined Application: Revised: October 2014

### ☐ 是，我說中文 (MANDARIN)

“如果您住在D.C.，您可以用這份表格來申請福利。如果您填寫這份表格時需要幫助，您可以向工作人員或其他IMA員工詢問。您還可以致電 (202) 727-5355 我們有免費翻譯服務。”

“請將這份表格送到您所在地區的服務中心。欲知離您處所最近的服務中心的地址，請致電 (202) 727-5355 您也可以將這份表格寄至 609 H St., NE Washington, DC 20002.”

### ☐ አዎ አማርኛ እናገራለሁ (AMHARIC)

“በዲሲ ውስጥ የሚኖሩ ከሆኑ የእርዳታ ጥቅሞችን ለማግኘት በዚህ ቅጽ ሊጠቀሙ ይችላሉ። ይህንን ቅጽ ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ ጉዳይዎን የያዙትን ሠራተኛ ወይም ሌላ የኢ.ኤስ.ኤ ሠራተኛ ይጠይቁ። እንዲሁም በ (202) 727-5355 ለመደወል ይችላሉ። ነፃ አስተርጓሚዎች ይኖራሉ።”

“እባክዎ ይህንን ቅጽ ወደ አካባቢዎ የአገልግሎት ማዕከል ይዘው ይላኩ። የትኛው ማዕከል በእርስዎ አቅራቢ እንደሚገኝ ለማወቅ ደግሞ በ (202) 727-5355 ይደውሉ። ይህንን ቅጽም በፖስታ ቤት በኩል ለ 609 H St., NE Washington, DC 20002.” ለመላክም ይችላሉ።”

### ☐ Có, tôi nói VIỆT (VIETNAMESE)

“Nếu quý vị sống tại D.C., quý vị có thể dùng mẫu đơn này để xin quyền lợi. Nếu quý vị cần giúp đỡ điền đơn này, xin hỏi nhân viên xã hội của mình hoặc một nhân viên khác của IMA. Quý vị cũng có thể gọi số (202) 727-5355. Có thông dịch viên miễn phí.”

“Xin đem mẫu này tới Trung Tâm Dịch Vụ khu vực của quý vị. Để tìm hiểu xem Trung Tâm nào gần quý vị nhất, gọi (202) 727-5355. Quý vị cũng có thể gửi



የኩሎምቢያ ክልል መንግሥት  
የሰብአዊ አገልግሎት መምሪያ



## የኢኮኖሚ ደህንነት አስተዳደር የአገልግሎት ማዕከላት

### Anacostia Service Center

(አናኮስቲያ አገልግሎት)

2100 Martin Luther King Avenue, SE  
Washington, DC 20020  
Phone: (202) 645-4614  
Fax: (202) 727-3527

### H Street Service Center

(ኤች ስትሪት ማዕከል)

609 H Street, NE  
Washington, DC 20002  
Phone: (202) 698-4350  
Fax: (202) 724-8964

### Congress Heights Service Center

(ኮንግረስ ሃይትስ አገልግሎት ማዕከል)

4001 South Capitol Street, SW  
Washington, DC 20032  
Phone: (202) 645-4525  
Fax: (202) 645-4524

### Fort Davis Service Center

(ፎርት ዴቪስ አገልግሎት ማዕከል)

3851 Alabama Ave., SE  
Washington, DC 20020  
Phone: (202) 645-4500  
Fax: (202) 645-6205

### Taylor Street Service Center

(ቴለር ስትሪት አገልግሎት ማዕከል)

1207 Taylor Street, NW  
Washington, DC 20011  
Phone: (202) 576-8000  
Fax: (202) 576-8740

ደንበኞች የትኛው የአገልግሎት ማዕከል የእነርሱን ኢድራሻ እንደሚያገለግል ለማወቅ  
ወደ ኢ.ኤስ.ኤ (ESA) በስልክ ቁጥር **(202) 727-5355** መደወል ይችላሉ።

### ለሜዲክኤድ ስለማመልከት ጠቃሚ ማስታወቂያ

65 ዓመት ወይም ከዚያም በላይ ወይም መሰራት የተሳነዎት ካልሆኑ በስተቀር ለጤና ሽፋን ሜዲክኤድ ለማግኘት የዲሲ የጤና ማገናኛ ማመልከቻ ማስገባት ይኖርብዎታል። ከላይ በተጠቀሱት ቢሮዎች በአንዱ በአካል ተገኝተው የሚያመለክቱ ከሆነ፤ የጤና ማገናኛ ማመልከቻ የወረቀት ኮፒ መጠየቅ ይችላሉ። የሜዲክኤድ ማመልከቻ በድረ ገጽ ላይ ማስገባት ከፈለጉ ወደ ዲሲ የጤና ማገናኛ መስመር ድረ ገጽን በ [DC HealthLink.com](http://DCHealthLink.com) ያግኙ። እንዲሁም ወደ ዲሲ የጤና ማገናኛ የደንበኞች አገልግሎት ማዕከል በሚቀጥለው ነጻ የስልክ መስመር ይደውሉ፡- 1-855-532-5465

Questions? ¿Preguntas? ጥያቄዎች?

有問題嗎? Có thắc mắc gì không?



**(202) 724-5506.**

**የእርስዎ መረጃ**

የአባት/መጨረሻ ስም	የመጀመሪያ ስም	መካከለኛ ስም	የትውልድ ቀን	ስልክ ቁጥር
ወቅታዊ አድራሻ	የአፓርትመንት ቁ.	የፖስታ አድራሻ (የተለየ ከሆነ)		
ከተማ፣ ስቴት	ዚፕ ኮድ	መኖሪያ ቤት የልዎትም? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ በዲሲ ለመቆየት ዓላማ አለዎት? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		

የማመለከተው ለ:  የሕክምና ድጋፍ/QMB(ኪው.ኤም.ቢ)  ፉድ ስታምፕ  IDA(አይ.ዲ.ኤ) (ጊዜያዊ የስንኩልነት ድጋፍ)

TANF/GC (ጊዜያዊ ድጋፍ ለችግረኛ ቤተሰቦች/አጠቃላይ ድጋፍ ለልጆች)

**ማስታወሻ:-** የፉድ ስታምፕ ጥቅሞች ማመልከቻ ካስገቡበት ቀን ይጀምራል። ወዲያኑ መጀመር ይችላሉ። ስምዎትን እና አድራሻዎን ከላይ መጻፍዎትን እና ከዚህ ገጽ መጨረሻ ላይ መፈረምዎትን እርግጠኛ ይሁኑ።

**ፈጣን ፉድ ስታምፕ**

ከሳምንት ባነሰ ጊዜ ውስጥ ፉድ ስታምፕ ሊያገኙ ይችላሉ! ለፉድ ስታምፕ ብቁ ይሆኑ እንደሆነ ለማወቅ፣ እባክዎን የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:-

1. በዚህ ወር የቤተሰብ ገቢዎ ከ\$150 ይበልጣል?  አዎ  አይ
2. በጥሬ ገንዘብ ወይም በባንክ \$100 አልዎትን?  አዎ  አይ
3. በዚህ ወር በአጅዎ ያለ ጥሬ ገንዘብ እና ገቢዎ ከክራይ እና መሰረታዊ መገልገያዎች ይበልጣል?  አዎ  አይ

ከላይ ለተጠየቁት ጥያቄዎች መልስዎ **አይ** ከሆነ ለፉድ ስታምፕ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። እባክዎን የሚከተለውን ይንገሩን:

(ሀ) በዚህ ወር የወር ገቢዎ ምን ያህል ይሆናል? \$ \_\_\_\_\_ ፤ (ለ) በጥሬ ገንዘብ ወይም በባንክ ምን ያህል አለዎት? \$ \_\_\_\_\_ ፤ እና (ሐ) በዚህ ወር ለቤት (ክራይ/መሰረታዊ መገልገያዎች ምን ያህል ከፈሉ? \$ \_\_\_\_\_

4. እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ አባላት ስደተኛ የሆነ ወይም ወቅታዊ የእርሻ ስራ የሚሰሩ አለን?  አዎ  አይ

**ስልጣን የተሰጠው ተወካይ**

እንደ እርስዎ ሆኖ የሚሰራ ወይም የሚወክልዎት ሰው ይፈልጋሉ?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎን የሚከተለውን ይንገሩን:-

ስልጣን የተሰጠው ተወካይ ስም:- \_\_\_\_\_ የተወካይ አድራሻ:- \_\_\_\_\_ የተወካይ ስልክ:- \_\_\_\_\_

ምን እንዲያደርጉልዎት ይፈልጋሉ?  ቃለ መጠይቅ እንዲያደርጉ  ጥያቄዎች እንዲጠይቁ  ሪፖርት እንዲለውጡ  የ EBT (ኢ.ቢ.ቲ) ካርድ እንዲጠቀሙ

**ፊርማ**

ፊርማዎን ከታች በማኖር DHS (ዲ.ኤች.ኤስ) ስለ እኔ መረጃ እንዲጠይቅ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ። DHS ይህን መረጃ ከቀጣሪዎቼ፣ አከራይዎቼ፣ ከባንክ እና ከመሰረታዊ መገልገያ አቅራቢ ኩባንያዎች ማግኘት ይችላል። ለእነዚህ ሁሉ ስለ እኔ መረጃ ለ DHS እንዲሰጡ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ። በማመልከቻዬ ላይ የሰፈረውን መረጃ በሚገባ ተመልክቻለሁ እናም በዚህ ስድስት-ገጽ ላይ የሰፈረው የእኔ መረጃ በሙሉ እውነት እና ትክክለኛ መሆኑን አምናለሁ። የተሳሳተ መረጃ ሰጥቼ ከሆነ፣ ሕግ ልጥስ እንደምችል እና በወንጀል ልከሰስ እንዲሁም ቅጣት ሊደርስብኝ እንደሚችል አውቃለሁ። የስቴት እና የፈደራል ባለስልጣናት ይህን መረጃ እንደሚያዩት አውቃለሁ። ለማያደርጉት ምርመራም ለመተባበር እስማማለሁ።

ለ DHS ጥቅሞች ሕጎቼን ለመከተል እስማማለሁ። የእነዚህ ሕጎች ኮፒ ደርሶኛል። ለጥቅሞቼ የዳግም ማረጋገጫ እንደማደርግም አውቅለሁ። ልጄ በ"ሔልዝቼክ" ("HealthCheck") በኩል ነጻ የጤና እንክብካቤ ሊያገኝ እንደሚችልም ተገንዝቤአለሁ።

**ስልጣን የተሰጠው ተወካይ:-** አመልካቹ በዚህ ቅጽ ላይ መፈረም ካልቻሉ፣ እርስዎ ሊፈረሙላቸው ይችላሉ። ይህን ቅጽ ሲፈረሙ እኚህ ሰው ጥቅሞቹን ለማግኘት እንደሚፈልጉ እና ከላይ የተጠቀሱት ጉዳዮች ላይ እንደሚሰማሙ ያረጋግጣሉ።

**ፊርማ:-** X \_\_\_\_\_ **ቀን:-** \_\_\_\_\_

## ከእርስዎ ጋር ማን ይኖራል?

(እባክዎን የቤተሰብዎን አባላት ይዘርዝሩ፤ ለእነርሱ የማያመለክቱም ቢሆንም።)

የመጨረሻ ስም	የመጀመሪያ ስም	መካከለኛ ስም	ለዚህ ሰው ያመለክታሉ? (አ/አይ)	ጾታ (ወ/ሴ)	የትውልድ ቀን	ዕድሜ	የሶሻል ሴኩሪቲ ቁጥር*	ከእርስዎ ጋር ያላቸው ዝምድና (ልጅ፣ አክሲት፣ ጓደኛ፣ ወዘተ.)	አብራችሁ ትመግባላችሁ? (አ/አይ)	የዩ.ኤስ ዜጋ? (አ/አይ)**
1. (እርስዎ)								(እራሴ)	(አይመለከትም)	
2.										
3.										
4.										
5.										
6.***										

\* እኝህ ሰው የሶሻል ሴኩሪቲ ቁ. ከሌላቸው ወይም የእርዳታ ጥቅሞቹን መቀበል ካልፈለጉ ክፍት ይተውት። ነገር ግን የእኝህን ሰው ገቢ እና ንብረት ሪፖርት ማድረግ ይኖርብዎታል።

\*\* ብዙ ሰደተኞች የእርዳታ ጥቅሞች ለመቀበል ብቁ ናቸው። ብቁ ይሆኑ እንደሆነ ለማወቅ፣ እባክዎን ጭንጭን ገጾች ይመሉ።

\*\*\* በቤትዎ ውስጥ የሚኖሩት ቁጥራቸው ከስድስት በላይ ከሆኑ ሌላ ወረቀት ያያይዙ።

### አጠቃላይ ጥያቄዎች

1. የትኛው እርስዎን ይመለከታል:  ያላገባ/ች  ባለትዳር  የተፋታ/ች  የተለያየ/ች  ባለትዳር የሞተበት/ባት (ለፋድ ስታምፕ እያስፈልግም)
2. ከቤተሰብዎ በዩ.ኤስ ሰራዊት ውስጥ ያለ ወይም ያገለገለ ሰራዊት አለን?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ማን ነው?
3. ከቤተሰብዎ መካከል ነፍስ ጡር አለን?  አዎ  አይ (ለፋድ ስታምፕ እያስፈልግም) መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ማን ነው? ልጁ የሚወለደው መቼ ነው?
4. የሚኖሩት በረጅም ጊዜ የእንክብካቤ ድርጅት ውስጥ ነውን? ነርሲንግ ሆም፣ አይ.ሲ.ኤፍ-ኤም.አር (ICF-MR)፣ ሲ.አር.ኤፍ (CRF)፣ ወዘተ.)?  አዎ  No መልስዎ አዎ ከሆነ፣ የት?
5. ለልጅ- መንከባከቢያ ወይም ለአዛውንቶች መንከባከቢያ ምን ያህል ይከፍላሉ (መውዓለ ሕጻናት፣ ልጅ ጠባቂ፣ ወዘተ.)? \$ \_\_\_\_\_ በምን ያህል ጊዜ ነው ይህን የሚከፍሉት?
6. እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ መካከል ከከስ ለማምለጥ፣ በሕግ ከመያዝ፣ ወንጀል በመስራት፣ ወይም የወንጀል ሙከራ፣ ወይም የምህረት፣ ወይም የሙከራ ሕግን በመተላለፍ ምክንያት የተደበቀ ወይም የሸሽ ሰው አለን?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ማን ነው?
7. ላለፉት ሦስት (3) ወራት ከሌላ ሰባት የእርዳታ ጥቅሞችን ተቀብለዋልን?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ የት?
8. ዕድሜዎ 16 ወይም ከዛ በላይ የሆነ ትምህርት ቤት የሚሄድ ወይም የስራ-ስልጠና ፕሮግራም የሚካፈል አለን?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ማን ነው? የትምህርት ቤቱ ወይም የፕሮግራሙ ስም? \_\_\_\_\_ በሳምንት ስንት ሰዓት? \_\_\_\_\_
9. ባለፉት ሁለት (2) ወራት ስራ ያቆመ ወይም የስራ ሰዓት የተቀነሰበት ሰው አለን?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ማን ነው? ምክንያት? \_\_\_\_\_ መጨረሻዬ የሰሩበት ቀን መቼ ነው? \_\_\_\_\_ የመጨረሻው የደሞዝ ደረሰኝ ቀን:- \_\_\_\_\_

## ገቢ

**ከሰራ የሚገኝ ገቢ** (ታክስ ወይም ሌላ ተቆራጭ ከመደረጉ በፊት፡- የተጣራው ሳይሆን፤ ጠቅላላው ገቢ)

እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ መካከል የሚሰራ አለን?  አዎ  አይ

የሚሰራው ሰው	ያሰራ ስም/ስልክ ቁጥር	የጀመሩበት ቀን	እያንዳንዱ የደሞዝ ደረሰኝ ምን ያህል ነው? (ከታክስ በፊት)	በየሰንት ጊዜው ነው የሚከፈሉት? (በሳምንት፣ በየሁለት ሳምንት፣ በየወሩ፣ ወዘተ.)
			\$ (ጠቅላላ ሂሳብ)	
			\$ (ጠቅላላ ሂሳብ)	

## ሌላ ገቢ

እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ መካከል ሌላ ገቢ ያለው አለን? እባክዎን አግባብነት ያለው ላይ በሙሉ ምልክት ያድርጉ እንዲሁም የእያንዳንዱን ክፍያ መጠን ከታች ይዘርዝሩ።

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ኤስ.ኤስ.አይ (SSI)           | <input type="checkbox"/> የሥራ አጥነት/የሥራ ማካካሻ | <input type="checkbox"/> የልጅ ማሳደጊያ ድጋፍ |
| <input type="checkbox"/> ሶሻል ሴኩራቲ (ኤስ.ኤስ.አይ ያልሆነ) | <input type="checkbox"/> የጡረታ አበል እና ጡረታ   | <input type="checkbox"/> የወጪ እርዳታ/አገዛ  |
| <input type="checkbox"/> ያገልግሎት ካሣ                | <input type="checkbox"/> የማደግ/የጉድፊቻ ድጎማ    | <input type="checkbox"/> ሌላ _____      |

የክፍያ ዓይነት	ይህን የሚያገኘው ማካው?	እያንዳንዱ ክፍያ ምን ያህል ነው? (ከታክስ እና ከሌላ ተቆራጭ በፊት)	ይህን በየሰንት ጊዜው ነው የሚያገኙት? (በሳምንት፣ በየሁለት ሳምንት፣ በየወሩ፣ ወዘተ.)
		\$ (ጠቅላላ ገቢ)	
		\$ (ጠቅላላ ገቢ)	

ለምግብ ወይም ለአንድ ክፍል ከራይ ለቤተሰብዎ የሚከፍል ሰው አለን (ለምሳሌ፤ ሩም ሜት ወይም ደባል)?

አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ማን ነው? \_\_\_\_\_ በየወሩ ምን ያህል ይከፍላሉ? \$ \_\_\_\_\_

## ንብረት

ጥሬ ገንዘብ	ከ \$1,000 ጥሬ ገንዘብ በላይ ያለው አለን? መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ሰንት \$ _____	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
በባንክ ያለ ሂሳብ	ከ \$1,000 በላይ በባንክ ያለው አለን? መልስዎ አዎ ከሆነ፤ እባክዎን የቅርብ ጊዜ የባንክ ሂሳብ ደረሰኝ ያያይዙ።	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
የሕይወት ዋስትና	ወደ ጥሬ ገንዘብ ሊመነዘር የሚችል የሕይወት ዋስትና ያለው አለን? መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ዛሬ ወደ ጥሬ ገንዘብ ቢቀይሩት ምን ያህል ይሆናል? \$ _____	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
ተንቀሳቃሽ ያልሆነ ንብረት	ከምትኖሩበት ቤት ሌላ፤ ሌላ ተጨማሪ ንብረት ያለው አለን? (ለምሳሌ፡- ጀልባ፣ የሚከራይ ንብረት፣ ተንቀሳቃሽ ያልሆነ ንብረት)	<input type="checkbox"/> አዎ* <input type="checkbox"/> አይ
መኪና	መኪና፣ ትራክ ወይም ቫን ያለው አለ ወይ? መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ዓይነቱን፣ ሞዴሉን እና ዓመቱን ከታች ይዘርዝሩ። _____ ህመምተኛ/የአካል ጉዳት ያለበት ሰው ተጠቅሞበት ነበር ወይ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
ሌላ	አክሲዮን፣ ቦንድ፣ ወዘተ. ያለው አለ ወይ? <input type="checkbox"/> አዎ* <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ* <input type="checkbox"/> አይ
ማዘዋወር	ባለፉት ሦስት (3) ዓመታት ውስጥ የሸጠ፣ የለወጠ ወይም \$1,000 በላይ የ ማይ ወጣ ነገር አሳልፎ የሰጠ አለ ወይ? <input type="checkbox"/> አዎ* <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ* <input type="checkbox"/> አይ

\* መልስዎ አዎ ከሆነ፤ እባክዎን ይህን ቅጽ የሚገልጽ መረጃ ያያይዙ።

**ማየት ለተሳነው እና የአካል ጉድለት ላለበት**  
(የሕክምና እርዳታ እና አይ.ዲ.ኤ (IDA) ብቻ)

በቤተሰብዎ ውስጥ ማየት የተሳነው ወይም ከባድ የአካል ጉድለት ያለበት ሰው አለን?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ማን ነው? \_\_\_\_\_

የዲሲ የአካል ጉድለት ላለበት ሜዲካኤይድ (DC Disability Medicaid) እና የአካል ጉድለት ላለበት ጊዜያዊ እርዳታ (Interim Disability Assistance) ለማግኘት ማየት የተሳነዎት ወይም የአካል ጉዳት እንዳለብዎት ማሳየት ይኖርብዎታል። እባክዎን የሕክምና ቅጽ ይውሰዱ እና በዶክተር ያስሞሉ። ዶክተር ከሌለዎት በስልክ ቁጥር (202) 724-7491 ወደ ዲሲ የጤና እንክብካቤ መምሪያ የሕዝብ ተወካይ የሂሳብ ክፍል (DC Department of Healthcare Finance's Office of the Ombudsman) ይደውሉ። ዶክተር በመፈለግ ሊረድዎት ይችላሉ። ዶክተሩ የሕክምና ቅጹን ይሞሉልዎታል። DHS መረጃዎን በሙሉ በሚስጥር ይጠብቃል።

**ማስታወሻ:- ዕድሜዎ 65 ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ ወይም ከ19 ዕድሜ በታች የሆነ ከእርስዎ ጋር የሚኖር ልጅ ከሆነ የሕክምና ቅጽ (856) መሙላት አያስፈልግዎትም።** በአካል ጉድለት የሚሰጥ የሶሻል ሴኩሪቲ የሚያገኙ ከሆኑም ቅጹን መሙላት አያስፈልግዎትም። ጥያቄ ካልዎት ጉዳይዎን የያዘውን ሰራተኛ ይጠይቁ ወይም በስልክ ቁጥር (202) 727-5355 ይደውሉ።

**የመኖሪያ፣ የመሰረታዊ መገልገያዎች፣ እና የሌሎች ሂሳብ መጠየቂያ ደረሰኝ**  
(ፉድ ስታምፕ ብቻ)

የፉድ ስታምፕ ሂሳብዎ የሚወሰነው የመኖሪያ፣ የመሰረታዊ መገልገያዎች፣ እና የሕክምና ሂሳብ መጠየቂያ ደረሰኝዎ መሰረት ነው። እባክዎን የእነዚህን ሂሳቦች ወቅታዊውን መጠን ይንገሩ። ቀደም ሲል መከፈል የነበረበትን ሂሳብ አያካቱ። ለተጨማሪ ፉድ ስታምፕ ብቁ ሆኖ ለመገኘት የእነዚህን ሂሳቦች ማረጋገጫ ማቅረብ ይኖርብዎታል። ይህን ካላደረጉ የዚህን ተቀናሽ እንደማይፈለጉ ገምተን እንወስደዋለን።

**ኪራይ ወይም ሞርጌጅ**

	ኪራይ	ሞርጌጅ	የቋሚ ንብረት ወርሃዊ ታክስ*	የቤት ባለቤት ኢንሹራንስ*	የኮንዶ ክፍያ*	ሌላ (ከታች ይግለጹ)
ምን ያህል?	\$	\$	\$	\$	\$	\$
የሚከፍለው ማነው?						

\* የቋሚ ንብረት ታክስ፣ ኢንሹራንስ፣ ወይም የኮንዶ ክፍያ ከኪራይ/ሞርጌጅዎ ጋር ተጠቃልሎ ካለ አይዘርዝሩት።

ለቤት ማሞቂያ ወይም ማቀዝቀዣ ከኪራይ ተለይቶ ለብቻው ነው ወይ የሚከፍሉት?  አዎ  አይ

ላለፉት 12 ወራት LIHEAP (Low Income Home Energy Assistance Program/የዝቅተኛ ገቢ የቤት ሃይል እርዳታ ፕሮግራም) አግኝተዋል ወይ?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ምን ያህል አገኙ? \$ \_\_\_\_\_

**የመሰረታዊ መገልገያዎች (ከኪራይ/ሞርጌጅ የተለየ ከሆነ)**

ለሚከተሉት መሰረታዊ መገልገያዎች ገንዘብ ይከፍላሉ ወይ (ከኪራይ ተለይቶ)?

- የኤሌክትሪክ ሂሳብ  የጋዝ ሂሳብ  የነዳጅ ዘይት  የውሃ ሂሳብ  የስልክ ሂሳብ (የሴል ስልክን ጨምሮ)
- ሌላ \_\_\_\_\_

**ሌላ ሂሳብ**

- የአካል ጉድለት ያለው ወይም ዕድሜው 60 ወይም ከዚያ በላይ ሆኖ የሕክምና ሂሳብ የሚከፍል አለ ወይ?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፤ የሚከፍለው ማነው? \_\_\_\_\_ በየወሩ የሚከፍሉት ምን ያህል ነው? \$ \_\_\_\_\_
- ከቤተሰብዎ መካከል የልጅ ድጋፍ የሚከፍል ሰው አለ ወይ?  አዎ  አይ መልስዎ አዎ ከሆነ፤ የሚከፍለው ማነው?? \_\_\_\_\_ በየወሩ የሚከፍሉት ምን ያህል ነው? \$ \_\_\_\_\_



**በቤት ውስጥ የማይኖሩ ወላጆች  
(TANF እና የሕክምና እርዳታ ብቻ)**

ለሚያመለክቱላቸው ልጆች የልጅ እርዳታ እንዲያገኙ እናግዝዎታለን። እባክዎን ስለሌሎች/ያልተገኙ ወላጆች ይንገሩን (ስለ ማንኛውም አብሮ የማይኖር ወላጅ)። ነገር ግን አብረው ስለማይኖሩት ወላጅ ላለመንገር ጥሩ ምክንያት ሊኖርዎት ይችላል። ምናልባት አብረው የማይኖሩት ወላጅ ወይም ከቤተሰቡ ውስጥ አንዱ ይጎዳኛል ብለው የሚፈሩ ከሆነ፤ በቂ ምክንያት አልዎት። ጥሩ ምክንያት ካልዎት፤ ምንም መረጃ አሁን መስጠት የለብዎትም።

አብረው ስለማይኖሩት ወላጅ ለእኛ ላለመንገር ጥሩ ምክንያት አልዎትን?  አዎ  አይ

መልስዎ አይ ከሆነ፤ ከታች ያለውን መረጃ መሙላት አለብዎት።

**ወላጅ የሌለው/ላት ልጅ:- ልጅ # 1**

የልጅ ስም	የትውልድ ቀን	በየትኛው ከተማ እና ስቴት ነው ይህ ልጅ የተረገዘው? ከተማ:- ስቴት:-
ይህ/ች ልጅ የተወለደው/ችው ሙሉ የእርግዝና ጊዜውን/ዋን ጨርሶ/ሳ ነው ወይ? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/>	አብሮ አይኖሩም የተባሉት ወላጅ ስም	
መልስዎ አይ ከሆነ፤ በስንተኛው ሳምንት ነው ልጁ የተወለደው?		

**ከላይ የተጠቀሰው/ችው ልጅ # 2 ከላይ በገለጽኩት ቦታ ስማቸውን ከላይ ከጠቀስኩት አብሮ አይኖሩም ከተባሉት ወላጅ ጋር በተፈጸመ ወሲባዊ ግንኙነት የተረገዘ/ች ለመሆኑ/ኗ አረጋግጣለሁ።**

**ፈርማ:-**

አባትነት ተረጋግጧል?	በፈቃደኝነት እገዛ	በፍርድ ቤት ትእዛዝ የልጅ ድጋፍ
አባትነት ተረጋግጧል? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> ከሆነ፤ በምን መንገድ?	አብረው ከማይኖሩ ወላጅ ለመጨረሻ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን	ፍርድ ቤት ትእዛዝ የተሰጠበት ቀን  ከተማ፣ ስቴት  የታዘዘው የገንዘብ መጠን

**አብረው ስለማይኖሩ ወላጅ የበለጠ መረጃ**

የመጨረሻው የሚታወቀው አድራሻ	ስልክ	የሶሻል ሴክሪት ቁጥር
የሚታወቁበት ሌላ ወይም ቅጽል ስም	የትውልድ ቀን	ዘር
የሚታወቀው የመጨረሻ ስራ ቦታ	የቅጥር ቀን:-	
አብረው የማይኖሩት ወላጅ አባት ስም	አብረው የማይኖሩት ወላጅ እናት ስም	

**ወላጅ የሌለው/ላት ልጅ:- ልጅ # 2**

የልጅ ስም	የትውልድ ቀን	በየትኛው ከተማ እና ስቴት ነው ይህ ልጅ የተረገዘው? ከተማ:- ስቴት:-
ይህ/ች ልጅ የተወለደው/ችው ሙሉ የእርግዝና ጊዜውን/ዋን ጨርሶ/ሳ ነው ወይ? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/>	አብሮ አይኖሩም የተባሉት ወላጅ ስም	
መልስዎ አይ ከሆነ፤ በስንተኛው ሳምንት ነው ልጁ የተወለደው?		

**ከላይ የተጠቀሰው/ችው ልጅ # 1 ከላይ በገለጽኩት ቦታ ስማቸውን ከላይ ከጠቀስኩት አብሮ አይኖሩም ከተባሉት ወላጅ ስም ጋር በተፈጸመ ወሲባዊ ግንኙነት የተረገዘ/ች ለመሆኑ/ኗ አረጋግጣለሁ።**

**ፈርማ:-**

አባትነት ተረጋግጧል??	በፊቃደኝነት እገዛ	በፍርድ ቤት ትእዛዝ የልጅ ድጋፍ
አባትነት ተረጋግጧል?? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> ከሆነ፤ በምን መንገድ?	አብረው ከማይኖሩ ወላጅ ለመጨረሻ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን	ፍርድ ቤት  ከተማ፣ ስቴት
		አባትነት ታውቋል?? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/>  ከሆነ፤ በምን መንገድ?

**አብረው ስለማይኖሩ ወላጅ የበለጠ መረጃ (ይህ ክፍል ከልጅ #1 የተለየ ከሆነ ይሙሉት)**

የመጨረሻው የሚታወቀው አድራሻ	ስልክ	የሰሻል ሴኩሪት ቁጥር
የሚታወቁበት ስም ወይም ቅጽል ስም	የትውልድ ቀን	ዘር
የሚታወቀው የመጨረሻ ስራ ቦታ		የቅጥር ቀን:-
አብረው የማይኖሩት ወላጅ አባት ስም	አብረው የማይኖሩት ወላጅ እናት ስም	

**ወላጅ የሌለው/ላት ልጅ:- ልጅ #3**

የልጅ ስም	የትውልድ ቀን	በየትኛው ከተማ እና ስቴት ነው ይህ ልጅ የተረገዘው?  ከተማ:- ስቴት:-
ይህ/ች ልጅ የተወለደው/ችው ሙሉ የእርግዝና ጊዜውን/ዎን ጨርሶ/ሳ ነው ወይ? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/>  መልስዎ አይ ከሆነ፤ በስንተኛው ሳምንት ነው ልጁ የተወለደው?	አብሮ አይኖሩም የተባሉት ወላጅ ስም	

ከላይ የተጠቀሰው/ችው ልጅ # 3 ከላይ በገለጽኩት ቦታ ስማቸውን ከላይ ከጠቀስኩት አብሮ አይኖሩም ከተባሉት ወላጅ ጋር በተፈጸመ ወሲባዊ ግንኙነት የተረገዘ/ች ለመሆኑ/ኗ አረጋግጣለሁ።

ፊርማ:-

አባትነት ተረጋግጧል??	በፊቃደኝነት እገዛ	በፍርድ ቤት ትእዛዝ የልጅ ድጋፍ
አባትነት ተረጋግጧል?? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> ከሆነ፤ በምን መንገድ?	አብረው ከማይኖሩ ወላጅ ለመጨረሻ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን	ፍርድ ቤት  ከተማ፣ ስቴት
		አባትነት ታውቋል?? አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/>  ከሆነ፤ በምን መንገድ?

**አብረው ስለማይኖሩ ወላጅ የበለጠ መረጃ (ይህ ክፍል ከልጅ #1 እና # 2 የተለየ ከሆነ ይሙሉት)**

የመጨረሻው የሚታወቀው አድራሻ	ስልክ	የሰሻል ሴኩሪት ቁጥር
የሚታወቁበት ስም ወይም ቅጽል ስም	የትውልድ ቀን	ዘር
የሚታወቀው የመጨረሻ ስራ ቦታ		የቅጥር ቀን:-
አብረው የማይኖሩት ወላጅ አባት ስም	አብረው የማይኖሩት ወላጅ እናት ስም	

እኔ ፊርማዬን ከዚህ በታች ያሰፈርኩት ግለሰብ አብረው የማይኖሩትን ወላጅ አስመልክቶ የሰጠሁት መረጃ እና ያስቀመጥኩት ቃል ባለኝ እውቀት፣ መረጃ እና እምነት እውነት ለመሆኑ፤ ሃሰት ሆኖ ቢገኝ በወጀለኛ መቅጫ እንደሚያስቀጣኝ በማወቅ በመሃላ ቃሌን እሰጣለሁ ወይም አረጋግጣለሁ።

የልጅ ድጋፍ አገልግሎቶች መምሪያ (Child Support Services Division) (CSSD) የልጅ ድጋፍ ክፍያዎችን በሙሉ እንደሚሰበሰብ ተገንዝቤአለሁ እንዲሁም ተስማምቻለሁ። የድጋፍ መብቶችን ስለምወክል፤ ለእኔ የተከፈለኝን ማንኛውንም ክፍያ ለ CSSD መልሼ ለመክፈልም ተስማምቻለሁ።

ፊርማ:- X \_\_\_\_\_ ቀን:- \_\_\_\_\_



## የጤና ኢንሹራንስ እና የሕክምና ሂሳብ (የሕክምና ድጋፍ ብቻ)

ሌላ የጤና ኢንሹራንስ ቢያገኙም እንኳን የሕክምና ድጋፍ ሊያገኙ ይችላሉ። የሜዲኬር ክፍያዎንም ልንከፍልልዎት እንችላለን። እባክዎን ስለ ጤና ኢንሹራንስዎ ይንገሩን።

<b>ሜዲኬር</b>	ሜዲኬር ያለው ሰው አለን (ቀይ፣ ነጭ፣ እና ሰማያዊ ካርድ)? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ሜዲኬር ያለው ማን ነው? _____	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
<b>የጤና ኢንሹራንስ</b>	የጤና ኢንሹራንስ ያለው ሰው አለን? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎን የኢንሹራንስ ካርድዎን ይስጡን።	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
<b>ፊትሮ ሜዲኬሌድ /የሕክምና ሂሳቦች</b>	ባለፉት ሦስት ወራት የሕክምና ሂሳብ ያለበት ሰው አለን? የዲሲ ሜዲኬሌድ ካልዎት፣ አንዳንድ አስቀድመው የከፈልዎቸውን ሂሳቦች ሊመለስልዎት ይችላል። እንዲሁም ያልተከፈሉ ሂሳቦችም ልንከፍልልዎት እንችላለን። በስልክ ቁጥር <b>(202) 698-2009</b> ይደውሉ።  ባለፉት ሦስት ወራት አድራሻዎ፣ ገቢዎ፣ እና ንብረትዎ ከአሁኑ ጋር አንድ ዓይነት ነበረ ወይ? መልስዎ አይ ከሆነ፣ ለውጡን ይግለጹ።	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

### በፈቃደኝነት የሚመለሱ ጥያቄዎች

**ጎሣ:-**     ስፓኒሻ/ላቲናዊ     ስፓኒሻ/ላቲናዊ ያልሆነ

**ዘር:-**         ጥቁር/አፍሪቃዊ-አሜሪካዊ     እስያዊ     አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ  
 ነጭ     የሃዋይ ተወላጅ ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴቶች ተወላጅ

**ማስታወሻ:-** ከአንድ ዘር በላይ ምልክት ሊያደርጉ ይችላሉ። እንዲሁም ይህን መረጃ መስጠትም የለብዎትም። ይህ መረጃ በሚያገኙት ጥቅም ላይ ምንም ተጽእኖ አይኖረውም። ይህን መረጃ የምንጠይቀው ምንም ዓይነት አድሎ አለማድረጋችንን ለማረጋገጥ ነው።

### የቋንቋ ምርጫ

የዲሲ የቋንቋ መጠቀሚያ ሕግ (DC Language Access Act) የእንግሊዝኛ ቋንቋ መናገር ለማይችሉ ወይም እንግሊዝኛ በደንብ መናገር ለማይችሉ የማስተርጎም አገልግሎት እንድንሰጥ ያስገድደናል። ሕጉም ደንበኞቻችን ስለሚናገሩባቸው ቋንቋዎች መረጃ እንድንሰጥ ስለሚገባን ያስገድደናል። እባክዎን የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:-

**አብዛኛውን ጊዜ የሚጠቀሙበት ቋንቋ ምንድን ነው?**

- እንግሊዝኛ     ስፓኒሽ     ፈረንሳይኛ     ቬትናምኛ     የኮሪያ ቋንቋ     አማርኛ  
 የቻይና ቋንቋ (ማንዳሪኛ)     የቻይና ቋንቋ (ካንቶኒኛ)     ሌላ \_\_\_\_\_

**የኢ.ኤስ.ኤ (ESA) አገልግሎት ለማግኘት ሊጠቀሙበት የሚፈልጉት ቋንቋ ምንድን ነው?**

- እንግሊዝኛ     ስፓኒሽ     ፈረንሳይኛ     ቬትናምኛ     የኮሪያ ቋንቋ     አማርኛ  
 የቻይና ቋንቋ (ማንዳሪኛ)     የቻይና ቋንቋ (ካንቶኒኛ)     ሌላ \_\_\_\_\_

አብዛኛውን ጊዜ የሚጠቀሙበትን ቋንቋ መጠቀም ካልፈለጉ፣ የሚከተለውን መግለጫ ያንብቡ እና ይፈርሙ:-

የኢ.ኤስ.ኤ (ESA) አገልግሎት አብዛኛውን ጊዜ በምጠቀምበት ቋንቋ የማግኘት መብት እንዳለኝ ተነግሮኛል። የቋንቋ አገልግሎት አያስፈልገኝም ማለቴን ከዚህ በታች ፊርማዬን በማኖር አረጋግጣለሁ።

**የቋንቋ አገልግሎት አልፈልግም የሚሉ ከሆነ ብቻ እዚህ ላይ ይፈርሙ:-** \_\_\_\_\_

## ለስደተኞች (ዜጎች ላልሆኑ) የእርዳታ ጥቅሞች ለማግኘት ማመልከት

ብዙ ሰደተኞች የእርዳታ ጥቅሞችን ለማግኘት ብቁ ናቸው። ለማንኛውም ዜጎች ላልሆኑ የእርዳታ ጥቅሞች ለማግኘት ለማመልከት፤ እባክዎን ከታች ያለውን የኢሚግሬሽን መረጃ ያቅርቡ። የእርስዎ ጉዳይ “ሌላ” ከሆነ፤ ስለ እርስዎ የኢሚግሬሽን ጉዳይ ተጨማሪ መረጃ አንጠይቅዎትም።

የሚያመለክቱት ለልጅዎ ብቻ ከሆነ፤ ስለ እርስዎ የኢሚግሬሽን ሁኔታ ዝርዝር መረጃ መስጠት **የለብዎትም**። በምትኩ የልጅዎን የኢሚግሬሽን መረጃ ብቻ መስጠት ይችላሉ። የእርዳታ ጥቅሞቹን ለልጅዎ ብቻ ከፈለጉ፤ ለእርስዎ የኢሚግሬሽን ሁኔታ “ሌላ” የሚለውን ምልክት ያድርጉ።

“ሌላ” ብሎ ያላመለከተ የማንኛውንም ሰው ሁኔታ ለማረጋገጥ የኢሚግሬሽን አገልግሎት ቢሮን (USCIS) ልንጠይቅ አንችላለን። ይህ በሚያገኙት የእርዳታ ጥቅሞች እና የጥቅሞቹ ዋጋ ላይ ተጽእኖ ሊያሳድር ይችላል።

እባክዎን ከዚህ በታች ላለው ሰንጠረዥ “ወቅታዊ ሁኔታ” ለሚለው እነዚህን መደቦች ይጠቀሙ፡-

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ሕጋዊ የመኖሪያ ፈቃድ ያለው (LPR)</li> <li>▪ ስደተኛ ወይም ጥገኝነት የጠየቀ</li> <li>▪ አዲስ መጪ ከብዓዊ ወይም ሄትያዊ/የሄቲ ተወላጅ</li> <li>▪ እንዳይባረር የመቆያ ፈቃድ የተሰጠው ሰው</li> <li>▪ ቢያንስ ለአንድ ዓመት ፈቃድ የተሰጠው</li> <li>▪ ከኤፕሪል 1/1980 በፊት የመጣ የውጭ ዜጋ፤ እንደ “ለአዲስ መጪዎች ቅድመ ሁኔታ”</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ በዩ.ኤስ. የጦር ኃይል በወቅቱ አገልግሎት ላይ የሚገኝ (ወይም ያገለገለ ወታደር)</li> <li>▪ የአሜሪካ ወታደር ወይም ያገለገለ ወታደር ባለቤት፤ ባለቤት የሞተበት ወይም ጥገኛ</li> <li>▪ የቤታዊ ዓመጽ ጉዳተኛ</li> <li>▪ በሰው ያማሻሻጥ ተግባር ኩፋኛ ጉዳት የደረሰበት</li> <li>▪ የአሜሪካ ተወላጅ/ከዩ.ኤስ ውጭ የተወለደ ኢንዩት(Inuit)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ሆሞንጋዊ/የላክስ ተወላጅ</li> <li>▪ አፍጋናዊ/የኢራቅ ልዩ ስደተኛ</li> <li>▪ በቪትናም ጦርነት ምክንያት ወደ ዩ.ኤስ. የመጡ አሜሪካውያን</li> <li>▪ ሌላ፡- ሁኔታው እዚህ ላይ ከተዘረዘሩት ጋር አይመሳሰልም።</li> </ul> |
|---|--|--|

ስም	የውጭ ዜጋ መለያ # ("A" ቁጥር)	ወቅታዊ ሁኔታ	ወደ ዩ.ኤስ. የገቡበት ቀን	ስደተኛ/ ጥገኛ ሆነው ያውቃሉን?	ከብዓዊ/ ሄትያዊ?
1.				<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
2.				<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
3.				<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
4.				<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
5.				<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

**አስፈላጊ፡-** ከላይ ከተጠቀሱት ውስጥ ከአገስት 22/1996 በፊት ወደ ዩናይትድ ስቴት የገባ አለ ወይ?  አዎ  አይ

መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ማን ነው? \_\_\_\_\_

**ሕጋዊ የመኖሪያ ፈቃድ ላላቸው (LPRs) ብቻ፡-**

1. ዋስ/ደጋፊ አልዎትን?  አዎ  አይ

2. እርስዎ፣ ወላጅዎችዎ፣ ባለቤትዎ፣ እና/ወይም ዋስ/ደጋፊዎ ዩ.ኤስ. ውስጥ ስርታችሁ ታውቃላችሁን?  አዎ  አይ

**ማስታወሻ፡-** ከአገስት 22/ 1996 በኋላ ወደ ዩ.ኤስ. የገቡ አንዳንድ ስደተኞች የእርዳታ ጥቅሞቻቸውን ለማግኘት አምስት ዓመት መቆየት የለባቸውም።

# ይህ ደረሰኝ ሆኖ

በቀኝ በኩል ያለው የቀን ማህተም DHS ማመልከቻዎን እንደተቀበለ ያሳያል። ማንኛውም ጥያቄ ካልዎት ወደ ኢ.ኤስ.ኤ. (ESA) የሰልክ ጥሪ ማዕከል በስልክ ቁጥር (202) 727-5355 ይደውሉ።

ጉዳይዎን የያዘው ሰራተኛ “የሰፈላ ገዢዎች ዝርዝር” ይሰጥዎታል። ይህ የሰፈላ ገዢዎች ዝርዝር ምን ዓይነት መረጃ ወደ DHS ይዘው መመለስ እንደሚያስፈልግዎት ያሳይዎታል። እንዲሁም ኮፒዎችን ከታች በተጻፈው አድራሻ ወደ አገልግሎት ማዕከል በፓስፖርት መላክ ይችላሉ። በፓስፖርት የሚልኩ ከሆነ እባክዎን በእያንዳንዱ መረጃ ላይ ስምዎን እና የተወለዱበትን ቀን ይጻፉ። የሚያስፈልግዎትን መረጃዎች ማግኘት ባልቻሉ ጊዜ DHS ሊረዳዎት ይገባል። እርዳታ ከፈለጉ ያሳውቁን።

የኢ.ኤስ.ኤ.(ESA) ተወካይ:- \_\_\_\_\_ ስልክ:- \_\_\_\_\_  
 የአገልግሎት ማዕከል አድራሻ:- \_\_\_\_\_

## የESA የቀን ማህተም

የባለጉዳይ ስም \_\_\_\_\_

## ወደ DHS ማምጣት ሊኖርብዎት የሚችሉ መረጃዎች

ማረጋገጫ:-	ምሳሌዎች
የገቢ ማረጋገጫ	የወቅቱን ክፍያ የተቀበሉበት ደረሰኝ፣ የጡረታ ገቢ፣ በአካል ጉዳት ምክንያት የሚገባ ገቢ፣ ወይም የሰራተኛ ካሣ፣ ወዘተ. የሚያሳይ ደረሰኝ
የገቢ ማረጋገጫ	የወቅቱን የባንክ ሂሳብ የሚያሳይ ደረሰኝ
የዲሲ ነዋሪነት ማረጋገጫ	የዲሲ መንጃ ፈቃድ፣ የኪራይ ውል፣ ከአከራይዎ የጽሑፍ መግለጫ፣ የመሰረታዊ መገልገያዎች ወይም የስልክ ሂሳብ መጠየቂያ ወረቀት፣ ወዘተ.
የሰላም ሴኩራቲ ቁጥር	የሰላም ሴኩራቲ ካርድ፣ የሰላም ሴኩራቲ ቁጥር ያለበት የታክስ ወይም የደሞዝ መቀበያ ደክመንት፣ የሰላም ሴኩራቲ ቁጥር ያለበት የዲሲ መንጃ ፈቃድ፣ ወዘተ. (ለፋድ ስታምፕ ብቻ ለሚያመለክቱ ይህ አይጠየቅም።)
የሕክምና ምርመራ ውጤት/የአካል ጉዳት ማረጋገጫ	የወቅቱን የሕክምና ምርመራ ውጤት (ወይም ፎርም 856) እና ማንኛውም ሊደግፍዎት የሚችል መረጃ ከደክተርዎ።
የአሜሪካኒን መረጃ	የስራ ፈቃድ ካርድ፣ I-94፣ ሺዘ፣ ፓስፖርት ወይም ከአይ.ኤን.ኤስ. (INS) ሌሎች መረጃዎች።
ኪራይ/ሞርጌጅ (ፋድ ስታምፕ ብቻ)	የኪራይ ደረሰኝ፣ የተሰረዘ ችክ፣ የሞርጌጅ መረጃ ወዘተ.
የመሰረታዊ መገልገያዎች ሂሳብ (ፋድ ስታምፕ ብቻ)	የወቅቱን የኤሌክትሪክ፣ የጋዝ፣ የነዳጅ፣ የሰልክ፣ የውሃ ወዘተ. ሂሳብ መጠየቂያ ደረሰኝ (ከኪራይዎ ጋር የተካተተ ካልሆነ)።
ግንኙነት/ዝምድና (TANF ብቻ)	የልደት ሰርቲፊኬት (ሙሉ ኮፒ) ለልጅዎ(ችዎ) ወይም ከትምህርት ቤት፣ ከፍርድ ቤት፣ ሆፒታል፣ ወዘተ. ሕጋዊ ማስረጃ።
“ከማን ጋር እንደሚኖሩ” (TANF ብቻ)	የስጋ ዝምድና ከሌላቸው ሁለት ሰዎች መግለጫ ወይም የትምህርት ቤት መረጃ።

እንዲሁም የሜዲኬር ካርድ ወይም ሌላ የጤና ኢንሹራንስ ካልዎት ይዘው ይምጡ።

## ምክር (ሪፈራል)

- ሔልዝቼክ (HealthCheck) በሜዲኬር ላይ ላሉ ልጆች ገን ምርመራ ይሰጣል። እንዲሁም ለአንድ ልጅ የሚያስፈልጉት ሌሎች አገልግሎቶችም ይከፍላል። ሔልዝቼክ ወደ ሐኪም የገጸ ማጻጻፍ ያደርግልዎታል። በበለጠ ለማወቅ በስልክ ቁጥር (202) 639-4030 ይደውሉ።
- ዊክ (WIC) ከአምስት ዓመት በታች ለሆኑ ልጆች ፕሮግራም ነው። በዊክ ከምግብ ወጪዎ እስከ \$140 ሊያድኑ ይችላሉ። እንዲሁም የዊክ ሰራተኞች ጡት ማጥባትን አስመልክተው ከእርስዎ ጋር ሊነጋገሩ ይችላሉ። በበለጠ ለመረዳት በስልክ ቁጥር (202) 645-5663 ይደውሉ።
- ለዲሲ ሜዲኬክስ ጥያቄ ሆነው ከተገኙ፣ በቅርቡ ለሕክምና የክፍያ ወጪዎች ሊመለስዎት ይችላሉ። በበለጠ ለመረዳት በስልክ ቁጥር (202) 698-2009 ይደውሉ።
- ክልሉ በቤት ውስጥ እንክብካቤ እና ሌላ የቤት ውስጥ ድጋፍ ለሚያስፈልጋቸው አረጋውያን እና አካለ ስንኩላን ልዩ ፕሮግራም አለው። ይህ ፕሮግራም ከመደበኛው የሕክምና እርዳታ (Medical Assistance) ይልቅ ከፍ ያለ የገቢ መጠን አለው። በበለጠ ለመረዳት በስልክ ቁጥር (202) 204-3540 ይደውሉ።

ኤች.አይ.ቪ./ኤድስ ምርመራ እና አገልግሎት	(202) 671-4900	ሜዲኬር	1-800-633-4227
አልኮሆል እና አደንዛዥ እፅ	1-888-7WE-HELP	የሰላም ሴኩራቲ አስተዳደር	1-800-772-1213
ደስታ ማጣት እና የአእምሮ ጤና	1-888-7WE-HELP	ኃይል(ኤሌክትሪክ) እገዛ	(202) 673-6700
የጡት/የማሕጸን ካንሰር ምርመራ	(202) 442-5900	የሕዝብ መኖሪያ እና ሴክሽን 8	(202) 535-1000

# ነጻ ሕጋዊ እርዳታ

Neighborhood Legal Services  
680 Rhode Island Ave., NE  
(202) 832-6577

4609 Polk St., NE (Ward 7)  
(202) 832-6577

2811 Pennsylvania Ave., SE (Ward 8)  
(202) 832-6577

Bread for the City Legal Clinics  
1640 Good Hope Rd., SE  
(202) 561-8587

1525 Seventh St., NW  
(202) 265-2400

Legal Aid Society  
666 11<sup>th</sup> St., NW, Suite 800  
(202) 628-1161

Legal Clinic for the Homeless  
1200 U St., NW  
(202) 328-5500

Legal Counsel for the Elderly  
(for people age 60 and older)  
601 E St., NW  
(202) 434-2120

## ያልዎት መብት እና የፕሮግራሙ መመሪያዎች

### ዳግም ማረጋገጫ

የዳግም ማረጋገጫ ማስታወሻ በፖስታ እንልክልዎታለን። የሕክምና ድጋፍ ካገኙ፤ ቅጹን ብቻ በመሙላት ወደ DHS መልሰው ይላኩት። የፋይ ስታምፕ ወይም የገንዘብ ድጋፍ (TANF፣ GC ወይም IDA) ካገኙ፤ ለቃለ መጠይቅ ወደ DHS መምጣት ያስፈልግዎታል። ዳግም ማረጋገጫ ካላደርጉ የሚያገኙትን የእርዳታ ጥቅሞች ያጣሉ። በተጨማሪም አድራሻ ከቀየሩ፤ አዲሱን አድራሻዎን ሪፖርት ለማድረግ እባክዎን በስልክ ቁጥር **(202) 727-5355** ይደውሉ።

### አጠቃላይ መመሪያዎች

እውነተኛ እና ሙሉ መረጃ መስጠት ይኖርብዎታል። ከዋሽ ወይም ትክክለኛ ያልሆነ መረጃ ከሰጡ የሚያገኙትን ጥቅም ሊያጡ ይችላሉ። እንዲሁም ሊከሰሱ እና ወደ እስር ቤትም ሊሄዱ ይችላሉ። የሰጡን መረጃ ትክክለኛ መሆኑን ለማረጋገጥ፤ ገቢዎን፣ የሰላሳ ሴኩራቲ መረጃዎን፣ የኢሚግሬሽን መረጃዎን በኮምፒውተር የማመሳሰያ ፕሮግራም በመጠቀም ከትትል እናደርጋለን። እንደዚሁም የቃል መጠይቅ ልናደርግልዎት ወይም እቤትዎ ድረስ በመምጣት ጉብኝት ልናደርግ እንችላለን።

የእርስዎ ጉዳይ ለጥራት መቆጣጠሪያ ግምገማ ሊመረጥ ይችላል። ይህ ሁሉንም መረጃዎችን ያካተተ ጥልቅ ግምገማ ነው። የግል ቃለ መጠይቆችን እና የሕክምና መዝገቦችን ግምገማን ሊያጠቃልል ይችላል። ማመልከቻ ሲያስገቡ ከስቴት ወይም ፌዴራል ገምጋሚዎች ጋር ለመተባበር በመስማማት ነው። ካልተባበሩ የሚያገኙትን ጥቅም በሙሉ ወይም በከፊል ሊያጡ ይችላሉ። በመርመራ ስር ከሆኑ፤ ወይም ሕግን ለመሸሽ ከሞከሩ፤ መረጃዎን ለፌዴራል እና ለአካባቢ ኤጀንሲዎች ልናካፍል እንችላለን። ፋይ ስታምፕ እርስዎን በመቃወም ጥያቄ ካነሳ በቤተሰቡ ውስጥ ያሉትን አዋቂዎች በሙሉ በመቃወም፤ SSNን ጨምሮ በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን መረጃ ወደ ፌዴራል የስቴት ቢሮ ወይም የአቤቱታ ሰብሳቢ የግል ኤጀንሲዎች ጋር ልንሰደው እንችላለን።

ድጋፍ ተቀባይ ቡድን ጋር የሚኖሩ ከሆነ፤ በፌዴራል እና ክልል ሕግ መሰረት የሰላሳ ሴኩራቲ ቁጥርዎን መስጠት ይኖርብዎታል (ካልዎት) (42 CFR 435.910፣ 7 CFR 273.6፣ DC Code §4-204.07፣ §4-205.05a፣ and §4-217.07 ይመልከቱ) የሰላሳ ሴኩራቲ ቁጥርዎ ማንነትዎን ለመለየት፣ የእርዳታ ጥቅሞች ደረሰኝ ከመድገም ለመከላከል፣ እና አስፈላጊ የሆኑ የፕሮግራም ለውጦችን ለማድረግ ያገለግላል። የDHS የኮምፒውተር ዘዴ የሰላሳ ሴኩራቲ ቁጥርዎን ከፌዴራል እና ከአካባቢ የመረጃ መገኛዎች፣ በተጨማሪም ከአገር ውስጥ የቀረጥ አገልግሎት፣ የሰላሳ ሴኩራቲ አስተዳደር፣ ከዲ.ሲ. የሰራተኞች አገልግሎት መምሪያ እና የዲ.ሲ. የልጅ ድጋፍ አገልግሎት መምሪያ (CSSD) ውስጥ የሚገኙ መዝገቦችን በመጠቀም ገቢዎን ያረጋግጣል። እንደዚሁም DHS ከገቢ ማረጋገጫ አገልግሎት እና ከሌሎች የአካባቢ ኤጀንሲዎች ጋር በመሆን መረጃዎን የማየት መብትም አለው።

የለውጥ ማስታወቂያ ሪፖርት እስካልደረሰዎት ድረስ፤ በገቢዎ፣ በንብረትዎ፣ በመጠለያ እና የልጅ አንክብካቤ ወጪዎ ላይ እና ከእርስዎ ጋር አብረው በሚኖሩ ሰዎች ቁጥር ላይ ለውጥ ካለ ሪፖርት ማድረግ ይኖርብዎታል። ያለውን ለውጥ ሪፖርት ለማድረግ በስልክ ቁጥር **(202) 727-5355** ይደውሉ። ከለውጡ በኋላ ያለው ወር በገቢ በመጀመሪያዎቹ 10 ቀናት ውስጥ መደወል ይኖርብዎታል።

### ፍትሐዊ ችሎት

DHS ስህተት ሰርቲፊኬት ብለው ካሰቡ፤ ፍትሐዊ ችሎት ሊያገኙ ይችላሉ። የበለጠ ለመረዳት በስልክ ቁጥር **(202) 698-4650** ይደውሉ። እንዲሁም በስልክ

ቁጥር (202) 727-8280 መደወል ይችላሉ። በፍትሐዊ ችሎቱ ሌላ ሰው እንዲኖርዎት መጠየቅ ይችላሉ። ይህም ጠበቃ፣ ጓደኛ፣ ዘመድ ወይም ማንኛውም ሰው ሊሆን ይችላል። ምስክርዎ ማምጣት ይችላሉ። ለእርስዎ እና ለምስክርዎ ወደ ችሎት መጓጓዣዎን እኛ እንከፍላለን። ሌሎች አንዳንድ ወጭዎችንም ልንከፍልዎት እንችል ይሆናል። እንዲሁም ለፍትሐዊ ችሎት ነጻ የሕግ አገልግሎት እርዳታ ሊያገኙ ይችላሉ። ከላይ ካሉት ኤጀንሲዎች አንዱ ጋር ደውለው የሕግ ባለሙያ ወይም የሕግ አማካሪ ያነጋግሩ።

### የሕክምና ድጋፍ መመሪያዎች

የሜዲኬኤድ መመሪያዎች ተቀይረዋል። ዕድሜዎ (ከ65 በላይ) ካልሆኑ፤ ዓይነ ሰው ካልሆኑ፤ ወይም የአካል ስንኩልነት ከሌላብዎት ለሕክምና ኢንሹራንስ አዲሱን የዲ.ሲ. የጤና ማስገኛ ማመልከቻ (DC Health Link application) መሙላት ይኖርብዎታል። ሆኖም ግን ከ65 ዓመት በላይ ከሆኑ፤ ዓይነ ሰው ካልሆኑ፤ ወይም የአካል ስንኩልነት ካለብዎት ወይም ጊዜያዊ የአካል ስንኩልነት ድጋፍ ማግኛ ማመልከቻዎን እንድንገመግመልዎት ከፈለጉ ይህን ቅጽ መሙላት ይኖርብዎታል። ካመለከቱ በኋላ በ 45 ቀን ውስጥ ስለ የሕክምና ድጋፍ የውሳኔ መልስ ያገኛሉ (ወይም DHS የአካል ስንኩልነት አለብዎት ብሎ ከወሰነ በ90 ቀን ውስጥ ውሳኔ ያገኛሉ)። በዚህ ጊዜ ውስጥ መልስ ካላገኙ እባክዎን በስልክ ቁጥር (202) 727-5355 ይደውሉ። የሕክምና ድጋፍ ካገኙ፤ በየዓመቱ የዳግም ማረጋገጫ ማስታወቂያ ስንልክልዎት ዳግም ማረጋገጥ አለብዎት። የሕክምና ድጋፍ ለማግኘት የጊዜ ገደብ የለውም። እንዲሁም TANF ቢያጡም፤ የሕክምና ድጋፍ ሊያገኙ ይችላሉ።

የልጅ ድጋፍ- ከዲ.ሲ. የልጅ ድጋፍ አገልግሎት መምሪያ (CSSD) ጋር አባትነትን ለማረጋገጥ እንዲሁም ለልጅ እና ለሕክምና የሚሰጥ ድጋፍ ለመቀበል በሕግ የሚጠየቀው ሁሉ ሙሉ በሙሉ ለመቀበል ተስማምተዋል። በቂ ምክንያት ካልዎት ልዩ አስተያየት ማመልከት ይችላሉ። ሆኖም ግን ያለ ጥሩ ምክንያት ከቀረቡ ግን የእርዳታ ጥቅሞችን ሊያጡ ይችላሉ።

ተንቀሳቃሽ ያልሆነ ንብረትን ማስመለስ- በነርሲንግ ሆም ወይም ሌላ የሕክምና ተቋም ውስጥ እየኖሩ ከሆነ፤ ክልሉ ለምንከፍለው ክፍያ እንዲመለስለት ይፈልጋል። እንዲሁም ዕድሜዎ 55 ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ ላገኙት አገልግሎት ክልሉ ወጪው እንዲመለስ ይፈልጋል። ይህ ማለት ተንቀሳቃሽ ያልሆነው ንብረትዎ በሃራጅ ወይም በደብዳቤነት ይያዛል ማለት ነው። ጥያቄ ካልዎት በስልክ ቁጥር (202) 698-2000 ይደውሉ።

ከሶጅ- የሕክምና ጥያቄ ወይም ጉዳትን አስመልክቶ ከሌላ ሦስተኛ አካል ጋር ከሰ ከመሰረቱ ወይም የድርድር ስምምነት ከጀመሩ፤ በ 20 ቀናት ውስጥ ጉዳዩን በጽሑፍ (በግል አገልግሎት ወይም በተረጋገጠ የፖስታ መልእክት) ለሕክምና ድጋፍ አስተዳደር (Medical Assistance Administration)፣ የሦስተኛ አካል ተጠያቂነት ክፍል (Third Party Liability Section)፣ 441 4<sup>th</sup> Street, NW, Suite 1000- South, Washington, DC 20001 ይላኩ። ጥያቄ ካልዎት በስልክ ቁጥር (202) 698-2000 ይደውሉ።

ከኪስ ለውጣ ገንዘብ የማውራረጃ መረጃ- ለሜዲኬኤድ ብቁ ከሆኑበት ጊዜ ጀምሮ በሕኪም ለታዘዘ መድኃኒት፣ በዶክተር ለመታየት፣ ወይም ለሆስፒታል ወጪ አውጥተው ከሆነ፤ ወጪዎ ሊውራረድልዎት ይችል ይሆናል።



ተፈላጊዎች፡- እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ለሜዲኬይድ ብቁ በሆናችሁበት ጊዜ ውስጥ ከሆነ፣ ያወጡትን ሂሳብ ለማወራረድ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ፤ እንዲሁም ሀ. በሐኪም ለታዘዘ መድሃኒት፣ በዶክተር ለመታየት፣ ወይም ለሆስፒታል፣ ወይም ለ. እስካሁን እየከፈሉ ካሉ ወይም በፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ዶክተር፣ ወይም ሆስፒታል በሐኪም ለታዘዘ መድሃኒት፣ በዶክተር ለመታየት፣ ወይም ለሆስፒታል እንዲከፍሉ ከተጠየቁ።

መልሶ ሊከፈልዎት ይገባል ብለው ካሙኑ፣ ወደ ፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ዶክተር፣ ወይም ሆስፒታል ወይም ለሜዲኬይድ ብቁ መሆንዎን ካወቁበት ጊዜ ጀምሮ ባሉት ስድስት (6) ወራት ውስጥ ማወራረጃ እንዲደረግልዎት መጠየቅ ይኖርብዎታል።

የሜዲኬይድ ሂሳብ ማወራረጃ ቅጽን ሞልተው ወደ ዲ.ሲ. የጤና እንክብካቤ ሂሳብ መምሪያ (DC Department of Health Care Finance) ማስገባት አለብዎት። የቅጹን ኮፒ በ ESA ቢሮ ያገኙታል ወይም ኮፒውን ከሚከተለው ድረገጽ ዳውንሎድ/ሊጭኑ ሊያደርጉ ይችላሉ፡- <https://www.dc-medicaid.com/dcwebportal/nonsecure/recipientForms>

ጥያቄ ካልዎት ወይም ቅጹን ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ ወይም መረጃውን ለማግኘት የሚፈልጉትን ለማግኘት፡- ሀ. ዲ.ሲ. የጤና እንክብካቤ ሂሳብ መምሪያ (DHCF) የሜዲኬይድ ተቀባዮች መጠየቂያ ጥናት ቡድን (Medicaid Recipient Claims Research Team) በስልክ ቁጥር (202) 698-2009 ያግኙ ለ. በነጻ ሕግዊ እርዳታ ለማግኘት፡- Terris Pravlik & Millian, LLP, 1121 12th Street, NW, Washington, DC 20005, (202) 682-0578

የማወራረጃ ጥያቄዎ ውሳኔ በ90 ቀናት ውስጥ መደረግ ይኖርበታል፡-

ሀ. የሜዲኬይድ ተቀባዮች መጠየቂያ ጥናት ቡድን የማወራረጃ ጥያቄ ባስገቡ በ90 ቀናት ውስጥ ውሳኔ መስጠት ይኖርበታል። በ90 ቀናት ውስጥ ምንም ውሳኔ ካልተሰጠ ጥያቄዎ ተገቢ ተደርጎ ይወሰድ እና የ90 ቀናት ጊዜው እንዳለቀ ባሉት በ15 ቀናት ውስጥ ይከፈልዎታል።

ቆ. የሜዲኬይድ ተቀባዮች መጠየቂያ ጥናት ቡድን ውሳኔ ካልተደሰኑ ለፍትሐዊ ችሎት የማቅረብ መብት አልዎት። በስልክ ቁጥር (202) 442-9094 ወደ የአስተዳደር ችሎት ቢሮ (Office of Administrative Hearings) በመደወል ለፍትሐዊ ችሎት እንዲቀርብልዎ መጠየቅ ይችላሉ። የአስተዳደር ችሎት ቢሮ አድራሻ፡- 441 4th Street, NW; Washington, DC 20001-2714 ነው።

ር. በፍትሐዊ ችሎቱ ውጤት ካልተደሰቱ፣ በ30 ቀን ውስጥ ወደ ዩናይትድ ስቴት የኮሎምቢያ ክልል ፍርድ ቤት ይግባኝ ማለት ይችላሉ። Terris Pravlik እና Millianን በሚከተለው አድራሻ፡- LLP at 1121 12th Street, NW; Washington, DC 20005 ወይም በስልክ ቁጥር (202) 682-0578 በመገናኘት፣ ለፍትሐዊ ችሎቱም ሆነ ለይግባኙ ጉዳይዎን ለማቅረብ የሚያገዛዎት የሕግ ባለሙያ በነጻ ማግኘት ይችላሉ።

**የቲ.ኤ.ኤን.ኤፍ (TANF) መመሪያዎች**

በ TANF ፕሮግራም መደረግ ያለባቸው አዳዲስ ጉዳዮች አሉ። ካመለከቱ በኋላ የሚሰጠውን ገለጻ ማጠቃለል፣ ግምገማ ማድረግ እና ለTANF ጥቅሞች ብቁ ሆኖ ለመገኘት በራስ አነሳሽነት የብቃት ዕቅድ ማዘጋጀት ይኖርብዎታል። ኤስ.ኤስ.አይ (SSI) እየተቀበሉ ከሆኑ ወይም የራስዎ ያልሆነ(ኑ) ልጅ(ጆች) የሚጠብቁ ከሆነ እና ለልጁ(ጆች) ብቻ የሚያመለክቱ ከሆነ ይህ ጉዳይ እርስዎን አይመለከትም። ለገምገማ ቀጠሮ ለመያዝ በስልክ ቁጥር (202) 698-1860 ወደ የቤተሰብ መፍትሄ ማግኛ ማዕከል (Family Resource Center) ይደውሉ። በ45 ቀን ውስጥ የTANF ጥቅምዎን በተመለከተ ውሳኔ ያገኛሉ። በ 45 ቀን ውስጥ ውሳኔ ካላገኙ ለፍትሐዊ ችሎት እንዲቀርብልዎ መጠየቅ ይችላሉ። እንዲሁም የተፈቀደልዎ የጥቅም መጠን ትክክል አይደለም ብለው ካሰቡም ለፍትሐዊ ችሎት እንዲቀርብልዎ መጠየቅ ይችላሉ።

መስራት የሚችሉ ከሆነ፣ የ TANF ጥቅሞች ለማግኘት የስራ ግዴታዎቹን ሟሟላት ይኖርብዎታል። ካላሟሉ የሚያገኙቸውን ጥቅሞች ሊያጡ ይችላሉ። ከመስራት የሚያግድዎት የአካል ወይም የእእምሮ ችግር ካለብዎት፣ ጉዳዩን በማንኛውም ጊዜ ለ DHS ጉዳይ አስተባባሪ ያሳውቁ። በቂ ምክንያት ካልዎት ከመስራት ነጻ ሊደረጉ ይችላሉ። ይህም ከስራ ነጻ መደረግ ተብሎ ይጠራል።

ከመስራት ነጻ የሚደረጉት፡-

- ወጣት ወላጅ ሆነው ትምህርት ቤት የሚሄዱ ከሆነ
- ከ 6 ዓመት በታች የሆነ ልጅ ያልዎት እና የሕጻናት መዋያ ማግኘት የሚችሉ ከሆነ
- የአቅም ማነስ፣ ጉዳት ወይም የካል ንድፍነት ካለብዎት
- በቤትዎ ውስጥ ሊንከባከቡት የሚገባ የታመመ ወይም የአካል ጉድለት ያለው ሰው ካለ
- ዕድሜዎ 60 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ
- በአደንኛ እፅ ምክንያት ሕክምና የሚያስፈልግዎት ከሆነና መስራት የማይችሉ ከሆነ
- የቤታዊ ጥቃት ጉዳተኛ ከሆኑ እና ለደህንነትዎም የሚያስጋዎት ከሆነ
- ከአንድ (1) ዓመት በታች የሆነ ሕጻን ካለዎት

ከስራ ነጻ ለመሆን ማረጋገጫ ልንጠይቅዎት እንችላለን፤ በተጨማሪም አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ ከሐኪም ሪፖርትም እንጠይቃለን። ከስራ ነጻ ለመሆን ብቁ ሆነው ከተገኙ ወደ ፓወር (POWER) ጊዜያዊ ሽግግርም ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ።

ፓወር (POWER)፡- ለ TANF ጥቅሞች ብቁ ሆነው ከተገኙ በማንኛውም ጊዜ ለፓወር ጊዜያዊ ሽግግር ማመልከት ይችላሉ፤ ነገር ግን መስራት አይችሉም። ከመስራት የሚያግድዎት የአካል ወይም የእእምሮ ችግር እንዳለብዎት ለአኛ በማሳወቅ ለፓወር ማመልከት ይችላሉ። ቀጥሎ ከተዘረዘሩት እርስዎን የሚመለከት ካለ ለፓወር በቂ ሊሆኑ ይችላሉ፡-

- ወጣት ወላጅ ሆነው ትምህርት ቤት የሚሄዱ ከሆነ
- በቤትዎ ውስጥ ሊንከባከቡት የሚገባ የታመመ ወይም የአካል ጉድለት ያለው ሰው ካለ
- ዕድሜዎ 60 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ
- በአደንኛ እፅ ምክንያት ሕክምና የሚያስፈልግዎት ከሆነና መስራት የማይችሉ ከሆነ
- የቤታዊ ጥቃት ጉዳተኛ ከሆኑ እና ለደህንነትዎም የሚያስጋዎት ከሆነ

የልጅ ድጋፍ፡- ለልጅ ድጋፍ አዳዲስ መመሪያዎች አሉ። የTANF ጥቅሞች እና ከፊል የልጅ ድጋፍን በአንድነት መውሰድ ይችላሉ። የልጅ ድጋፍ አገልግሎት መምሪያ (CSSD) ከሌላኛው ወላጅ የልጅ ድጋፍ ለማግኘት ሊረዳዎት ይችላል። ከCSSD ጋር እንዲተባበሩ በሕግ ይገደዳሉ። ከእነርሱ ጋር ቀጠሮ ለመያዝ በስልክ ቁጥር (202) 442-9900 ይደውሉ። ይህን ማመልከቻ ሲፈረሙ ከዲ.ሲ. የልጅ ድጋፍ አገልግሎት መምሪያ (CSSD) ጋር አባትነትን ለማረጋገጥ እንዲሁም ለልጅ እና ለሕክምና የሚሰጥ ድጋፍ ለመቀበል በሕግ የሚጠየቀውን ሁሉ ሙሉ በሙሉ ለመቀበል ተስማምተዋል። ላለመተባበር በቂ ምክንያት ካልዎት ከዚህ ነጻ እንዲሆኑ መጠየቅ ይችላሉ።

በቂ ምክንያት የሚኖርዎት፡-

- CCSSDን በመርዳት እርስዎ፣ ልጆቻችሁ ወይም የቅርብ ቤተሰብ አባል ላይ ጉዳት ይደርሳል ብለው ከፈሩ
- ልጅዎ የተረገዘው በማያውቁት ሰው፣ በሚያውቁት ሰው፣ ወይም በዘመድ በግዳጅ በመደፈር ከሆነ
- ልጅዎ ለጉድፊታ ሊሰጥ ከሆነ ወይም ልጅዎን ለጉድፊታ ለመስጠት ከወሰኑ CSSDን ላለመርዳት የወሰኑበት ሌላ ምክንያትም ይኖርዎት ይሆናል። ጉዳይዎን ከያዘው የልጅ ድጋፍ ሰራተኛ ጋር ይወያዩበት። በቂ ምክንያት ካልዎት ማረጋገጫዎን ለDHS እና የልጅ ድጋፍ ሰራተኛ ነጻ እንዲሆኑ በጠየቁ 20 ቀናት ውስጥ ያቅርቡ። ማረጋገጫዎን ለCSSD ካቀረቡ በኋላ ውሳኔአቸውን ያሳውቅዎታል። ከCSSD ጋር ከልተባበሩ እና ከጉዳዩ ነጻ እንደተደርጉ የሚያሳይ ማስረጃ ከሌሎት፣ የTANF ጥቅምን 25% ያጣሉ።

የ ቲ.ኤ.ኤን.ኤፍ (TANF) ጊዜ ገደብ፡- አብዛኛው ሰው የTANF ጥቅም የሚያገኘው ለ60 ወራት ብቻ ሊሆን ይችላል። 60 ወር እስኪሞላ ድረስ ያገኙትን የTANF ጥቅም በየወሩ እናሰላለን። የጊዜ ገደብ ከደረሰ የTANF ጥቅም በ61ኛው ወር መጀመሪያ ላይ ሊቀንስ ወይም ሊቋረጥ ይችላል።

ኤስ.ኤስ.አይ (SSI) ወይም የሌላ ሰው ልጅ በመያዝ ምክንያት የTANF ጥቅም እየተቀበሉ ከሆነ የጊዜ ገደቡ እርስዎን አይመለከትም። በተጨማሪም የፓወር ጥቅሞችን እያገኙ ከሆነ ወራቶች አይቆጠሩም። በበሽታ ወይም በአካል ጉድለት ምክንያት መስራት ከተቸገሩ ለአኛ ማሳወቅ አስፈላጊ ነው። በሌላ ምክንያት የፓወር ጥቅሞችን ለማግኘት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ ይሆናል። እባክዎን ለበለጠ መረጃ ፓወር የሚለውን ክፍል ይመልከቱ።

የTANF ጥቅሞችን እያገኙ እያሉ የሰራ ገቢዎች ስራ እንዳገኙ ሪፖርት ሲያደርጉ በስራ ላይ እያሉ እስከ \$1,250 የ TANF ጉርሻ ለማግኘት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። እንደዚሁም የደሞዝ ክፍያ ወደ ቤት እያመጡ እያሉም፤ አብዛኛውን የTANF ጥቅሞችን እንዳለ ለመጠበቅ ሲባል ገቢዎን እንቀንሳለን። ምን ያህሉን የTANF ጥቅሞች እንዳለ ለመጠበቅ እንደሚችሉ የሚወሰነው በሚያስገቡት ገቢ መጠን ነው።

**ማእቀቦች፡-** ዕቅድዎን ወይም የስራ ግዴታዎችን የማይከታተሉ ከሆነ የTANF ጥቅሞችዎ ይቋረጣሉ፤ በቂ ምክንያት ካለባቸው በስተቀር። ይህ የስራ ማዕቀብ ተብሎ ይጠራል። ለእርስዎ እና ለልጆቻችን ስኬት ራስዎን ጥሩ ሁኔታ ላይ እንዲያደርሱ እንጠይቃለን። DHS ራስዎን ለስራ በማዘጋጀት እና ስራ በማግኘት፤ በስራ ላይ ውጤታማ እንዳይሆኑ እንቅፋት እየሆኑብዎት ያሉትን ችግሮች ለይቶ በማወቅ፤ እንዲሁም የተሻለ ስራ በማግኘት የሚያግዝዎትን አገልግሎቶች ሰጥተዎታል። የማዕቀብ ክስተት የሚያጋጥምዎት ከሆነ፤ በቅድሚያ እና ለውቅምታሉን። ማዕቀብን ሊያስወግዱ ይችላሉ። እንዴት እንደሆነ ለመረዳት ጉዳይዎን የያዘውን ኃላፊ ወይም የቤተሰብ መፍትሄ ማግኛ ማዕከል ጋር ይገናኙ።

የስራ ማእቀብ ሦስት ደረጃዎች አሉባቸው። የመጀመሪያው ደረጃ ማእቀብ ከሚያገኙት የገንዘብ ስጦታ በማዘር እና የቤተሰብዎን ቁጥር በመቀነስ የሚያገኙት የገንዘብ ስጦታ መቀነስ። ሁለተኛው ደረጃ ማእቀብ የሚያገኙትን ጥቅም በግማሽ መቀነስ። ሦስተኛው ደረጃ ማእቀብ ሁሉንም ገንዘብ ማጣት። ጥቅሞችዎን መልሰው ለማግኘት ለአራት ተከታታይ ሳምንቶች መስማማት ይኖርብዎታል። ወዲያውኑ ካልተሰማሙ እቀባው ረዘም ላለ ጊዜ ሊቀጥል ይችላል። ለበለጠ መረጃ **TANF፡- ነገሮችን በአንድ አድርጎ የማሳየ መመሪያዎን** ይጠይቁ፤ ወይም [www.dhs.gov](http://www.dhs.gov) ይጎብኙ ወይም በስልክ ቁጥር (202) 698-1860 ይደውሉ።

**አውቶማቲክ የእርዳታ ጥቅም ማስተላለፊያ መመሪያ ተቀይሯል፡-** በቅርቡ ኮንግረስ (Congress) የTANF የእርዳታ ጥቅሞችን በኢ.ቢ.ቲ. (EBT) ካርድዎ ላይ እንዴት እና የት መጠቀም እንደሚችሉ የሚለውን ሕግ አሳልፏል። የTANF የእርዳታ ጥቅሞችን ለማግኘት የሚጠቀሙት የEBT ካርድዎን ነው። የEBT ካርድዎን በመጠጥ መሸጫ ሱቆች፤ ቁማር ቤቶች፤ የአዋቂ ክለቦች ውስጥ ሊጠቀሙበት ይችላሉ። ካርዱን በእነዚህ ቦታዎች ሊጠቀሙ ከሞከሩ ውሉ ይዘጋል። DHS ካርዱን በእነዚህ ቦታዎች መጠቀምን ይቆጣጠራል። በተከለከሉ ቦታዎች ላይ ካርዱን በተደጋጋሚ ለመጠቀም ከሞከሩ የፕሮግራሙን መመሪያዎች እየተላለፉ ስለሆነ ከፕሮግራሙ ይታገዳሉ።

**የፋድ ስታምፕ መመሪያዎች**

ለፋድ ስታምፕ ሲያመለክቱ ከሌሎቹ የእርዳታ ጥቅሞች ለይተው ማስገባት ይችላሉ። ብቁ ሆነው ከተገኙ የተፋጠኑ ፋድ ስታምፕ በሰባት (7) ቀን ውስጥ ያገኛሉ። ካመለከቱ በኋላ ፋድ ስታምፕዎን የተመለከተ ውሳኔ በ 30 ቀን ውስጥ ያገኛሉ። በዚህ ጊዜ ውስጥ ማስታወቂያ ካልደረሰዎት ፍትሐዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ። እንዲሁም የተመደበልዎት የገንዘብ መጠን ትክክል አይደለም ብለውም ካሰቡ ፍትሐዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ።

ፋድ ስታምፕ ለማግኘት ከDHS ጋር ቃለ መጠይቅ ማካሄድ ይኖርብዎታል። ቃለ መጠይቁን በስልክ ማድረግ ከፈልጉ እባክዎን ጉዳይዎን ለሚከታተሉት ሰራተኛ ያሳውቁ። በስራ ምክንያት ወደ DHS መምጣት ካልቻሉ የስልክ ቃለ መጠይቅ ማድረግ ይችላሉ። እንዲሁም ከታመሙ ወይም የታመሙ ዘመድ እያስታመሙ ከሆነ የስልክ ቃለ መጠይቅ ማድረግ ይችላሉ።

ማስታወቂያ ስንልክልዎት የዳግም ማረጋገጫ ለማድረግ ወደ DHS ይመጣሉ። ማስታወቂያ፡- አንዳንድ አረጋውያን እና መንቀሳቀስ የተሳናቸው ደንበኞች በየሁለት ዓመቱ እንዲመጡ ይደረጋል። ሆኖም ግን ፋድ ስታምፕ ለማግኘት ቀን ገደብ የለውም፤ እንደውም TANF ካጡ ፋድ ስታምፕ ማግኘት ይችላሉ።

**ፋድ ስታምፕ ከገፍ፤ እነዚህን መመሪያዎች መከተል ይኖርብዎታል።**

- ፋድ ስታምፕ ለማግኘት ብለው አይሞኙ ወይም መረጃ አይደሉባቸው።
- ፋድ ስታምፕዎን አይሸጡ ወይም አይለውጡ፤
- የሌላ ሰው ፋድ ስታምፕ አይጠቀሙ፤ እንዲሁም
- በፋድ ስታምፕ ዎ አልኮሆል ወይም ትንባሆ አይግዙ።

መመሪያውን ከተላለፉ፤ ሊቀጡ እና እስከ 20 ዓመት ሊታሰሩ ይችላሉ። እንዲሁም በመጀመሪያው የደንብ መጣስ ለአንድ ዓመት ጥቅሞችን ሊያጡ ይችላሉ በሁለተኛው ሁለት ዓመት፤ በሦስተኛው በዘላቂነት ያጣሉ። በክልሉ ስለመኖርዎ

ወይም ስለማንነትዎ ከሞሹ ለ 10 ዓመት ፋድ ስታምፕ እያገኙም። ለማንኛውም ምክንያት ፋድ ስታምፕዎን ከሸጡ ወይም ከለወጡ (ለምሳሌ፡- አደንዛዥ እጅ፤ የጦር መሣሪያ፤ ጥይት፤ ፈንጂ ለማግኘት) ወይም \$500 ወይም ከዚያ በላይ በላይ ትርፍ ለማግኘት ከነገዱበት የእርዳታ ጥቅሞችን በዘላቂነት ያጣሉ።

**የ አይ.ዲ.ኤ (IDA) መመሪያዎች**

ማመልከቻ ካገቡ በኋላ ስለ IDA እርዳታዎ በ60 ቀን ወስጥ ውሳኔ ያገኛሉ። በ60 ቀን ውስጥ ማስታወቂያ ካልደረሰዎት ፍትሐዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ። እንዲሁም የተመደበልዎት የገንዘብ መጠን ትክክል አይደለም ብለውም ካሰቡ ፍትሐዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ። IDA ካገኙ፤ IDA እርዳታዎን ከሚከታተሉልዎት ኃላፊ ጋር መተባበር አለብዎት። ይህም ማለት፡-

- የሕክምና ሪፖርቶችዎን እና ሌሎች ማስረጃዎች ይሰጡ፤
- ከሐኪሙና ከሶሻል ሴኩራቲ አስተዳደር ጋር ያልዎትን ቀጠሮ ይጠብቁ፤
- እርዳታዎን ከሚከታተሉልዎት ኃላፊ ጋር ያልዎትን ቀጠሮ ይጠብቁ፤ እንዲሁም
- እንደአስፈላጊነቱ ወደ ሕክምና ፕሮግራሞች ይሂዱ።

ይህን መመሪያ ካልተከተሉ ሁሉንም ወይም ከፊል የIDA ጥቅሞችን ያጣሉ። እንዲሁም DHS ሂሳቡን መጀመሪያ ካገኙት የSSI ቼክ “ሙሉ-ክፍያ” ይወስዳል። DHS የተቀረውን የSSI ቼክ ወደ እርስዎ ይልካል።

**የድጋፍ መብቶች**

ለሕክምና ከኢንሹራንስ ኩባኒያ ያገኙትን ማንኛውም ክፍያ ወደ ክልሉ መንግስት መመለስ ይኖርብዎታል። የመጀመሪያ የTANF ክፍያዎን ከገኙ በኋላ በከፊል ወይም ሁሉንም የልጅ ድጋፍ ወደ CSSD መመለስ ይኖርብዎታል። እነዚህ ሁኔታዎች ላይ ካልተሰማሙ ሜዲኬኤድ ወይም TANF ማግኘት አይችሉም። አንዴ ከTANF ከወጡ በኋላ፤ በወቅቱ ያለውን የልጅ ድጋፍ ክፍያ ለራስዎ መያዝ ይችላሉ። የሜዲኬኤድ ካርድ ወይም TANF ጥቅም ከተጠቀሙ፤ እነዚህ ሁኔታዎች ላይ ተሰማሙ ማለት ነው።

**ሚስጥራዊነት**

ማመልከቻ በማስገባት፤ DHS (ዲ.ኤች.ኤስ) ስለ እርስዎ መረጃ ከቀጣጫዎች፤ አከራይዎች፤ ከግንኙም እና ሌሎች ስለ እርስዎ መረጃ ካላችው ሰዎች ጋር ለመነጋገር ፈቃድ ሰጥተዎል። ለእነዚህ ሁሉ ሰዎችም ስለ እርስዎ መረጃ ለ DHS እንዲሰጡ ፈቃድ ሰጥተዎል። በተጨማሪም DHS የመኪናዎን መዝገብ፤ የደሞዝዎን መረጃ፤ የታክስ መረጃዎን እና ሌላ የመንግሥት መዝገቦችዎን እንዲያይ ፈቃድ ሰጥተዎል። በእርግጥ DHS የእርስዎን መረጃ በሙሉ በሚስጥር ይጠብቃል። DHS ካለእርስዎ ፈቃድ የእርስዎን መረጃ አይለቅም (በሕግ ካልተገደደ በስተቀር)።

**እኩልነት እና ከአድሎ ነጻ የሆነ**

ይህ ተቋም ዘር፣ ቀለም፣ ብሔር፣ አካለ ጎደሎነት፣ ዕድሜ፣ ጾታን እና በአንዳንድ ሁኔታዎችም የሃይማኖት እና የፖለቲካ አቋምን አስመልክቶ ልዩነት ከማድረግ የታገደ ነው። የዲ.ኤ.ኤ. የእርሻ መምሪያም (U.S Department of Agriculture) እንዲሁ በደንበኞቹ፣ በሰራተኞቹ፣ እና በሥራ አመልካቾቹ ላይ ዘር፣ ቀለም፣ ብሔር፣ አካለ ጎደሎነት፣ ዕድሜ፣ ጾታ፣ የጾታ ማንነት፣ ሃይማኖት፣ በበቀል እንዲሁም የሚመለከትው ሲሆን በፖለቲካ አመልካክት፣ የጋብቻ ሁኔታ፣ በቤተሰብ ወይም በወላጆችነት፣ በጾታ ዝንባሌ ወይም በጠቅላላ ወይም በከፊል የአንድ ግለሰብ ገቢ ከማንኛውም ከህዝብ እርዳታ ፕሮግራም በመገኘቱ፣ ወይም በቅጥር ውስጥ የስነ ባህሪ መረጃ በመጠበቅ፣ ወይም በማንኛውም ፕሮግራም ወይም በተካሄደ አንቅስቃሴ ወይም ወጪው በመምሪያው በመሸፈኑ ምክንያት ልዩነት መፍጠር የተከለከለ ነው። (ሁሉም የተከለከሉት ፕሮግራሞች እና/ወይም የቅጥር እንቅስቃሴዎች ለሁሉም የሚመለከቱ አይደሉም።)

በዲ.ኤ.ኤ.ኤ (USDA) በኩል የህዝብ መብቶች (Civil Rights) ፕሮግራም የአድሎ አቤቱታ ማቅረብ ከፈለጉ፤ በ [http://www.ascr.usdagov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usdagov/complaint_filing_cust.html) ድረገጽ ላይ የሚገኘውን የUSDA የአድሎ አቤቱታ ፕሮግራም ፎርም (Program Discrimination Complaint Form) ይሙሉ፤ ወይም በማንኛውም የUSDA ቢሮ ወይም በስልክ ቁጥር (866) 632-9992 በመደወል ፎርምን



ይጠይቁ። ሁሉንም በፎርም ላይ የሚጠየቁትን መረጃዎች የያዘ ደብዳቤ ሊጽፉም ይችላሉ። የምሉትን የአቤቱታ ፎርም ወይም ደብዳቤ በፖስታ በሚከተለው አድራሻ ይላኩልን፡- U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20250-9410፤ ወይም በፋክስ ቁጥር (202) 690-7442 ፋክስ ያድርጉልን፤ ወይም በኢሜይል አድራሻ፡- [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) ኢሜይል ይላኩልን። መስማት የተሳናቸው፣ ለመስማት የሚቸገሩ፣ ወይም የመናገር እክል ያለባቸው ግለሰቦች በUSDA የፌዴራል የማስተላለፊያ አገልግሎት ስልክ ቁጥር (800) 877-8339፣ ወይም (800) 845-6136 (ስፓኒሽ) ይደውሉ።

ለሌላ ማንኛውም ከተጨማሪ የምግብ እርዳታ ፕሮግራም (SNAP) ጋር የተያያዘ የመረጃ ጉዳዮች፣ ሰዎች በመረጃ መስመር (800) 221-5689 (የስፓኒሽ ቋንቋን ጨምሮ) ወይም የስቴትን የመረጃ መስመሮች ይደውሉ። (በየስቴቱ የሚገኙ የመረጃ መስመሮችን ለማየት ሊንኩን ይጫኑ) ድረገጹ፡- [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) ይገኛል።

በፌዴራል የፋይናንስ እርዳታ የሚሰጥ ፕሮግራምን አስመልክቶ የአድሎ አቤቱታ ለዩ.ኤስ. የጤና መምሪያ እና የሰብአዊ መብት አገልግሎት (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)) ማመልከቻ ማስገባት ከፈለጉ በሚቀጥለው አድራሻ ይጻፉ፡- HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ወይም በስልክ ቁጥር (202) 619-0403 (የድምጽ መልእክት) ወይም (800) 537-7697 (መስማት ለተሳናቸው) ይደውሉ። USDA እና HHS ከአድሎ ነጻ የሆኑ አቅራቢዎች እና አሰሪዎች ናቸው።

በ1977ቱ የዲ.ሲ. የሰብአዊ መብት ሕግ (DC Human Rights Act) መሰረት፣ ተሻሽሎ በቀረበው የዲ.ሲ. አፈሲያላዊ ኮድ (DC Official Code) § 2-1401.01 et seq (ሕግ) የኮሎምቢያ ክልል በእውነታውም ሆነ ሊሆን ይችላል ተብሎ በሚገመት የዘር፣ የቀለም፣ የሃይማኖት፣ የብሔር፣ የጾታ (ጾታ ወይም የጾታ ጥቃት)፣ የዕድሜ፣ የጋብቻ ሁኔታ፣ የጾታ ማንነት ወይም አገላለጽ፣ የግለሰብ ቁመት፣ የጾታ ዝንባሌ፣ የቤተሰብ ሁኔታ፣ የቤተሰብ ኃላፊነቶች፣ የትምህርት ደረጃ፣ የፖለቲካ ዝንባሌ፣ የስነ ባህሪ መረጃ፣ የአካል ስንኩልነት፣ የገቢ ምንጭ፣ የቤታዊ ጥቃት ተጎጂ በመሆን፣ የመኖሪያ ቦታ ወይም የሥራ ቦታን አስመልክቶ አድሎ አያደርግም። ጾታዊ ጥቃት በጾታ አማካኝነት የሚደርስ የአድሎ ዓይነት ነው፤ በሕግም የተከለከለ ነው። በተጨማሪም ማናቸውንም ከላይ የተዘረዘሩትን ቁጥጥር የተደረገባቸው ፈርጆች መሠረት ያደረገ ጥቃት በሕግ የተከለከለ ነው። ሕጉን በመጣስ የሚደረግ አድሎ ፈጽሞ ቸል አይባልም። ሕግ ተላላፊዎች ለዲስፕሊን እርምጃ ይጋለጣሉ። እነዚህ እገዳዎች የከፊት ወይም የኢንፎርሬሽን መከልከልንም ይመለከታሉ። የዚህ ሕግ ጥሰት ይኖራል የሚሉ አቤቱታቸውን በሚከተለው አድራሻ ይላኩ፡-

Government of the District of Columbia  
Office of Human Rights  
441 4th Street, N.W., 570N  
Washington, D.C. 20001  
ስልክ ቁጥር (202) 727-4559 • ፋክስ (202) 727-9589



ዲ.ሲ. የኢኮኖሚ ደህንነት አስተዳደር (DC Economic  
Security Administration)  
609 H Street, NE  
Washington, DC 20002