

የኮሎምቢያ ዲስትሪክት መንግሥት



የእድሳት ቅጽ ለህክምና እርዳታ

[IF ABD or QMB+] ጊዜው የእርስዎ <type of medical assistance> የህክምና እርዳታ ሽፋን የማሳደሻ ጊዜ ነው። የሕክምና እርዳታ ሽፋንን ቢያንስ በዓመት አንድ ጊዜ ማሳደስ ይኖርብዎታል። የሕክምና እርዳታ ሽፋንን ለማስቀጠል ይህንን የእድሳት ቅጽ እና ሁሉም የሚያስፈልጉ ሰነዶች ቅጂን እስከ **<RECERT DATE>** መሙላት እና መመለስ አለብዎት። ይህን ቅጽ በሚሞሉበት ጊዜ፣ እባካዎ ስለተከሰተው ማንኛውም ለውጥ ይንገሩን።

በጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ለውጥ ካለ፣ ለውጡን የሚያብራራ ማስታወቂያ ይደርስዎታል። የአገልግሎት ማእከልን መጎብኘት አያስፈልግዎትም። ይሁን እንጂ፣ ብቁነትዎን ለመወሰን ተጨማሪ መረጃ ካስፈለገ በስልክ ወይም በፖስታ ልናገኝዎ እንችላለን።

እባካዎ በቅጹ ላይ ያሉ ጥያቄዎችን ያንብቡ እና ይመልሱ። ስለ እርስዎ እና በቤተሰብዎ ውስጥ ያሉ እያንዳንዱ ሰው ወይም የግብር መልስ ላይ ያለው መረጃን ያንብቡ። ማንኛውም የቀረ መረጃን ይጨምሩ። የትኛውም መረጃ ተቀይሮ ከሆነ፣ ትክክለኛ መረጃ ውስጥ ይፃፉ። ቅጹን ይፈርሙ እና የተሟላ ቅጽዎንና ሁሉም አስፈላጊ ሰነዶችን ወደ ኮሎምቢያ ዲስትሪክት (ዲስትሪክት) የሰባዊ አገልግሎቶች መምሪያ(DHS)፣ የኢኮኖሚያዊ ደህንነት አስተዳደር (ESA)፣ Medicaid ቅርንጫፍ፣ 5ኛ FL፣ 645 H Street፣ NE፣ Washington፣ DC 20077-0555 በፖስታ፣ ስልክ፣ ፋክስ፣ ወይም በ-አካል ይመልሱ።

የተሟላ የማሳደስ ቅጽ እና የሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች ኮፒዎችን እስከ **<RECERT DATE>** የማይመልሱ ከሆነ፣ የሕክምና ዕርዳታ ሽፋንዎን ያጣሉ።

[IF KB] የልጅዎን የMedicaid ሽፋን የማሳደስ ጊዜ ነው። እርስዎ የልጅዎን ሽፋን ቢያንስ በዓመት አንድ ጊዜ ማሳደስ አለብዎ። የልጅዎን ሕክምና ሽፋን ለማቆየት፣ ይህንን የማሳደስ ቅጽ፣ የተያያዘውን የእንክብካቤ ደረጃ እና የእንክብካቤ እቅድ ቅጾችን፣ እና የሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች ኮፒዎችን (ግለሰባዊ የትምህርት እቅድ (IEP)/ግለሰባዊ የቤተሰብ አገልግሎት ፕላን (IFSP እና የ ሕክምና ፍላጎት ደብዳቤ) እስከ **<RECERT DATE>** መሙላት እና መመለስ አለብዎት። ይህን ቅጽ በሚሞሉበት ጊዜ፣ እባካዎ ስለተከሰተው ማንኛውም ለውጥ ይንገሩን።

በጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ለውጥ ካለ፣ ለውጡን የሚያብራራ ማስታወቂያ ይደርስዎታል። የአገልግሎት ማእከልን መጎብኘት አያስፈልግዎትም። ይሁን እንጂ፣ ብቁነትዎን ለመወሰን ተጨማሪ መረጃ ካስፈለገ በስልክ ወይም በፖስታ ልናገኝዎ እንችላለን።

እባካዎ ቅጹ ላይ ያሉ ሁሉም ጥያቄዎችን ያንብቡ እና ይመልሱ፣ እና የሚከተሉትን ማስገባትዎን ያረጋግጡ፡ 1) ወላጅ(ጆች) እና የልጅ ገቢ፣ 2) የልጅ ንብረቶች፣ 3) የቤተሰብ የግብር ፋይል ሁኔታ፣ እና 4) ማንኛውም የተላለፉ የልጅ ንብረቶች። ስለ እርስዎ እና በቤተሰብዎ ውስጥ ያሉ እያንዳንዱ ሰው ወይም የግብር መልስ ላይ ያለው መረጃን ያንብቡ። ማንኛውም የቀረ መረጃን ይጨምሩ። ማንኛውም መረጃ ተቀይሮ ከሆነ፣ የተሻሻለው መረጃ ውስጥ ይፃፉ። ቅጹን ይፈርሙ እና የተሟላ ቅጽዎንና ሁሉም አስፈላጊ ሰነዶችን ወደ ሰባዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣ የኢኮኖሚያዊ ደህንነት አስተዳደር፣ Medicaid ቅርንጫፍ፣ 5ኛ FL፣ 645 H Street፣ NE፣ Washington፣ DC 20077-0555 በፖስታ፣ ስልክ፣ ፋክስ፣ ወይም በ-አካል ይመልሱ።

የተሟላ የማሳደስ ቅጽ እና የሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች ኮፒዎችን እስከ **<RECERT DATE>** የማይመልሱ ከሆነ፣ ልጅዎ የ Medicaid ሽፋንን ያጣል።

[IF QMB Only] የእርስዎን ብቁ የሆነ Medicare ተጠቃሚ (QMB) ፕሮግራም ሽፋንን የማሳደስ ጊዜ ነው። የ Medicare ክፍል ሀ እና ለ ቦነሶችን ለማቆየት እና ለ Medicare የወጪ-መጋራት ወጪዎች (የጋራ-ኢንሹራንስ፣ የጋራ-ክፍያዎች፣ እና ቅናሾችን) ይህንን የማሳደስ ቅጽ ቢያንስ በዓመት አንድ ጊዜ መሙላት እና መመለስ አለብዎት። ለሌሎች Medicaid ብቁነት ፕሮግራሞች ወይም ሌሎች የኢንሹራንስ ማግኛ ፕሮግራሞች ለመገምገም የማይፈልጉ ከሆነ፣ እንግዲያውስ **ክፍሎች 1-5 እና 8 ብቻ** መሙላት ይኖርብዎታል። ይህን ቅጽ በሚሞሉበት ጊዜ፣ እባካዎ ስለተከሰተው ማንኛውም ለውጥ ይንገሩን።

በጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ለውጥ ካለ፣ ለውጡን የሚያብራራ ማስታወቂያ ይደርስዎታል። የአገልግሎት ማእከልን መጎብኘት አያስፈልግዎትም። ይሁን እንጂ፣ ብቁነትዎን ለመወሰን ተጨማሪ መረጃ ካስፈለገ በስልክ ወይም በፖስታ ልናገኝዎ እንችላለን።

ለሌሎች Medicaid ብቁነት ፕሮግራሞች ወይም ሌሎች የኢንሹራንስ ማግኛ ፕሮግራሞች መገምገም የሚፈልጉ ከሆነ፣ እንግዲያውስ ቅጹ ላይ ያሉ ሁሉም ጥያቄዎችን መመለስ አለብዎት።

ስለ እርስዎ እና በቤተሰብዎ ውስጥ ያሉ እያንዳንዱ ሰው ወይም የግብር መልስ ላይ ያለው መረጃን ያንብቡ። ማንኛውም የቀረ መረጃን ይጨምሩ። የትኛውም መረጃ ተቀይሮ ከሆነ፣ ትክክለኛ መረጃ ውስጥ ይጻፉ። ቅጹን ይፈርሙ እና የተሟላ ቅጽዎንና ሁሉም አስፈላጊ ሰነዶችን ወደ ሰባዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣ የኢኮኖሚያዊ ደህንነት አስተዳደር፣ Medicaid ቅርንጫፍ፣ 5ኛ FL፣ 645 H Street፣ NE፣ Washington፣ DC 20077-0555 በፖስታ፣ ስልክ፣ ፋክስ፣ ወይም በ-አካል ይመልሱ።

የተሟላ የማሳደስ ቅጽ እና የሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች ኮፒዎችን እስከ **<RECERT DATE>** የማይመልሱ ከሆነ፣ የ QMB ሽፋንዎን ያጣሉ።

ከታች ያሉ ማንኛውም ጥያቄዎችን “አዎ” ብለው ከመለሱ፣ያንን ጥያቄ ስር የተዘረዘሩ ሰነዶች ኮፒን ሊሰጡን ይገባል። ይህንን ቅጽ ላይ ከተዘረዘሩት ውጭ ሌሎች ሰነዶችን ከእርስዎ ከፈለግን፣ የምንፈልገውን የሚጠይቅ ለብቻ የተለየ ደብዳቤን እንልክልዎታለን።

[IF BCCP] ጊዜው የጡት እና የማህጸን ካንሰር (BCCP) ፕሮግራም ሽፋንዎን የማደስ ጊዜ ነው። የሕክምና እርዳታ ሽፋንዎን ቢያንስ በዓመት አንድ ጊዜ ማሳደስ ይኖርብዎታል። የሕክምና እርዳታ ሽፋንዎን ለማስቀጠል ይህንን የእድሳት ቅጽ እና ሁሉም የሚያስፈልጉ ሰነዶች ቅጂን እስከ **<RECERT DATE>** መሙላት እና መመለስ አለብዎት። ለሌሎች Medicaid ብቁነት ፕሮግራሞች ወይም ሌሎች የኢንሹራንስ ማግኛ ፕሮግራሞች ለመገምገም የማይፈልጉ ከሆነ፣ እንግዲያውስ **ከፍሎች 6፣ 7 እና 9** መሙላት አይኖርብዎትም። ይህን ቅጽ በሚሞሉበት ጊዜ፣ እባካዎ ስለተከሰተው ማንኛውም ለውጥ ይንገሩን።

በጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ለውጥ ካለ፣ ለውጡን የሚያብራራ ማስታወቂያ ይደርስዎታል። የአገልግሎት ማእከልን መጎብኘት አያስፈልግዎትም። ይሁን እንጂ፣ ብቁነትዎን ለመወሰን ተጨማሪ መረጃ ካስፈለገ በስልክ ወይም በፖስታ ልናገኝዎ እንችላለን።

ለሌሎች Medicaid ብቁነት ፕሮግራሞች ወይም ሌሎች የኢንሹራንስ ማግኛ ፕሮግራሞች መገምገም የሚፈልጉ ከሆነ፣ እንግዲያውስ ቅጹ ላይ ያሉ ሁሉም ጥያቄዎችን መመለስ አለብዎት።

ስለ እርስዎ እና በቤተሰብዎ ውስጥ ያሉ እያንዳንዱ ሰው ወይም የግብር መልስ ላይ ያለው መረጃን ያንብቡ። ማንኛውም የቀረ መረጃን ይጨምሩ። የትኛውም መረጃ ተቀይሮ ከሆነ፣ ትክክለኛ መረጃ ውስጥ ይጻፉ። ቅጹን ይፈርሙ እና የተሟላ ቅጽዎንና ሁሉም አስፈላጊ ሰነዶችን ወደ ሰባዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣ የኢኮኖሚያዊ ደህንነት አስተዳደር፣ Medicaid ቅርንጫፍ፣ 5ኛ FL፣ 645 H Street፣ NE፣ Washington፣ DC 20077-0555 በፖስታ፣ ስልክ፣ ፋክስ፣ ወይም በ-አካል ይመልሱ።

የተሟላ የማሳደስ ቅጽ እና የሁሉም አስፈላጊ ሰነዶች ኮፒዎችን እስከ **<RECERT DATE>** የማይመልሱ ከሆነ፣ የ BCC ሽፋንዎን ያጣሉ።

ከታች ያሉ ማንኛውም ጥያቄዎችን “አዎ” ብለው ከመለሱ፣ያንን ጥያቄ ስር የተዘረዘሩ ሰነዶች ኮፒን ሊሰጡን ይገባል። ይህንን ቅጽ ላይ ከተዘረዘሩት ውጭ ሌሎች ሰነዶችን ከእርስዎ ከፈለግን፣ የምንፈልገውን የሚጠይቅ ለብቻ የተለየ ደብዳቤን እንልክልዎታለን።

የተሻሻለው መረጃዎን ለእኛ ለመስጠት እባክዎ ቀጥለው ያሉትን ክፍሎች ይሙሉ።

1 የቤተሰብ አባላት

ከታች የተዘረዘሩት ከእርስዎ ጋር እንደሚኖሩ አድርገን በመዘገባችን ላይ ያሉን ሰዎች ናቸው። አባላቶቹ አሁንም ከእርስዎ ጋር ይኖሩ እንደሆነ ለማሳየት አዎ ወይም አይደልም ብለው ይምረጡ። የተዘረዘረው ማንኛውም ሰው ካሁን በኋላ የቤተሰብ አባል ካልሆነ/ች፣ ግለሰብ/ያ የወጣበትን/ችበትን ቀን ያስገቡ።

የመጀመሪያ ስም	የአያት ስም	የልደት ቀን	አሁንም በቤተሰብዎ ውስጥ ይኖራል/ትኖራለች?	የወጣበት/ችበት ቀን፣ የሚታወቅ ከሆነ
<Household Member 1 First Name>	<Household Member 1 Last Name>	<DOB>	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም	
<Household Member N First Name>	<Household Member N Last Name>	<DOB>	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም	

ከላይ ያልተዘረዘሩ አዲስ የቤተሰብ አባላት አሉዎት? አዎ አይደለም

አዲሱ አባል(ላት) ለሽፋን ማመልከት ይፈልጋሉ? አዎ አይደለም

አዎ ከሆነ፣ አዲሱ የቤተሰብ አባል(ላት) ለሽፋን ማመልከት እንድችሉ ማመልከቻ በፋይል ላይ ወዳለው አድራሻ ይላካል።

2 የመገኛ መረጃ

ከታች የተዘረዘሩ ለእርስዎ በፋይላችን ላይ ያለን የመገኛ/የጥሪ መረጃ ነው።

የእጅ ስልክ፡ <Cell Phone number>	ቤት፡ <Home number>	ሥራ፡ <Work Number>
ይህ ቁጥር ትክክል ነው? አዎ አይደለም	ይህ ቁጥር ትክክል ነው? አዎ አይደለም	ይህ ቁጥር ትክክል ነው? አዎ አይደለም
አይደለም ብለው ከመለሱ፣ እባክዎ የመገኛ መረጃዎን ከታች ያሻሽሉ።		
የእጅ ስልክ፡	ቤት፡	ሥራ፡

ለእርስዎ እና ለቤተሰብዎ በፋይላችን ላይ ያለን አድራሻ፡		
አድራሻ፡ <Address>		
ከተማ፡ <City>	ስቴት፡ <State>	ዚፕ ኮድ፡ <Zip Code>

አዲስ አድራሻ አለዎት? አዎ አይደለም	አዎ ከሆነ፣ አዲሱ አድራሻዎ ምንድን ነው?
አድራሻ፡	
ከተማ፡	ዚፕ ኮድ፡

3 አጠቃላይ የቤተሰብ ጥያቄዎች

የምኞት ቤት ባለቤትነቱ የእርስዎ ነው? አዎ አይደለም		
አዎ ከሆነ፣ አድራሻው ምንድን ነው (ከላይ ከቀረበው አድራሻ የተለየ ከሆነ)?		
አድራሻ፡		
ከተማ፡	ክልል፡	ዚፕ ኮድ፡

4 [If Under 65] የግብር ክፍያ ሁኔታ

እባክዎ ለእያንዳንዱ የቤተሰብ አባል የግብር ክፍያ ሁኔታቸውን ከታች ያረጋግጡ።

ሙሉ ስም	ይህ ሰው በሚቀጥለው ዓመት የገቢ ግብርዎን መክፈል ይጀምራል/ትጀምራለች?	እባክዎ በጋራ የሚከፍሉ ከሆነ የትዳር ጓደኛዎን ስም ያስገቡ።	እባክዎ እንደ ጥገኛ እርስዎ የሚጠይቅ ማገኛውንም ሰው ያስገቡ።	እባክዎ እርስዎ የሚይዟቸውን ማገኛውም ጥገኞችን ያስገቡ።
<member 1_full_name>	አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/>			
<member N_full_name>	አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/>			

5 ገቢ

እባክዎ የገቢ ምንጮችን ከታች ያረጋግጡ እና ይህ ገቢ ቆሞ ከሆነ የቆመበት ቀን ያቅርቡ።

እባክዎ ማረጋገጫን ያያይዙ፣ ከገቢ ምንጭ የተጻፈ ደብዳቤ ዓይነትን።

የገቢ ምንጭ	ገቢውን ማን ይቀበላል	ልዩ የገቢ ዓይነት	ከግብር በፊይ ያለው መጠን	ምን ያክል ደጋግሞ ተወስዶ	የገቢ የመቆም ቀን
<Source_of_income 1>	<income_owner_full_name 1>	<income_type 1>	\$<amnt 1>	<frequency 1>	

<Source_of_income N>	<income_owner_full_name N>	<income_type N>	\$(<amnt N>	<frequency N>	
----------------------	----------------------------	-----------------	-------------	---------------	--

ይህ ገቢ ቆሞ ከሆነ እባክዎ ከላይ የተዘረዘሩ ማንኛውም ተጨማሪ የገቢ ምንጮችን ከማለቂያ ቀን ጋር ይዘርዝሩ። ተጨማሪ ቦታ ካስፈለገ፣ ባዶ ወረቀት ያያይዙ። የገቢ ምንጮች ምሳሌዎች፡ ጡረታ፣ ማህበራዊ ደህንነት፣ ተጨማሪ የደህንነት ገቢ (ሳፕሊመንታል ስኪዩሪቲ ኢንሃም) (SSI)፣ የውትድርና ጡረተኛ ጥቅማጥቅሞች፣ የባቡር ሐዲድ ጡረታ (ረይልሮድ ሪታየርመንት)፣ የሲቪል አገልግሎት ጥቅማጥቅሞች፣ ወለድ/ከፍፍያዎች፣ መድን፣ የማዕድን መብቶች/የዘይት ሊዞች፣ የሰራ አጥነት ጥቅማጥቅሞች፣ የሰራተኛ ካሳ፣ የሰራ ቅጥር/ስራ፣ የግብርና ገቢ፣ የግል-ስራ፣ የኪራይ ገቢ፣ ከቤተሰብ/ጓደኞች የሚሰጡ መዋጮዎች፣ ከታማኒነቶች ወይም የጡረታ ክፍያዎች ገቢ።

የገቢ ምንጭ	ገቢውን ማን ይቀበላል	ከግብር በፊደ ያለው መጠን	ምን ያክል ደጋግሞ ተወስዶ	የገቢ የመጀመሪያ ቀን	የገቢ የመቆም ቀን
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

6 ንብረቶች

ከታች የተዘረዘሩት ለእርስዎ መዝገብ ላይ ያሉን ንብረቶች ናቸው።

የንብረት ዓይነት	ባለቤት(ቶች)	\$ ዋጋ
[assets_type]	[assets owner_name]	[\$asset_val]

እርስዎ ወይም የትዳር አጋርዎ ከላይ ያልተዘረዘሩ ማንኛውም ሌላ ንብረቶች ከወሰዳችሁ፣ እባክዎ ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ እና ማረጋገጫ ያያይዙ። የንብረቶች ምሳሌዎች፡ ቼክ፣ የቼክ አካውንት፣ የቁጠባ አካውንት፣ የገቢ ማድረጊያ የምስክር ወረቀቶች፣ የቃል-መግባት ማስታወሻዎች፣ ተጨባጭ ንብረት (መሬት፣ ቤት፣ የኪራይ ንብረት፣ ወዘተ.)፣ የእምነት ገንዘብ፣ የገቢ ማድረጊያ የምስክር ወረቀት፣ IRA፣ የቃል-መግባት ማስታወሻ፣ የጋራ ገንዘብ፣ የቤት ማስያዣዎች፣ አክሲዮኖች ወይም ቦንዶች፣ የህይወት መድን፣ የቀብር ገንዘቦች መድን፣ የቀብር ቦታ፣ ወዘተ. ።

የንብረት ዓይነት	የተወሰደበት ቀን	የመገኛ ቦታ (አድራሻ፣ ባንክ፣ መድን፣ አክሲዮን፣ የድለላ ስራ፣ ወዘተ.)?	ባለቤት(ቶች)	\$ ዋጋ
				\$
				\$
				\$

7 ተሽከርካሪዎች

ከታች የተዘረዘሩት ለእርስዎ በመዝገብ ላይ ያሉን ተሽከርካሪዎች ናቸው።

የተሰራው	ሞዴል	ዓመት	ዋጋ	የተከፈለበት መጠን	ባለቤት(ቶች)
<car_make 1>	<car_model 1>	<car_year 1>	\$(<car_value 1>	\$(<car_owed_amnt 1>	<Car_owner_name 1>
<car_make N>	<car_model N>	<car_year N>	\$(<car_value N>	\$(<car_owed_amnt N>	<Car_owner_name N>

እርስዎ ወይም የትዳር ጓደኛዎ መኪና፣ ተሳቢ መኪና፣ ሞተርሳይክል፣ መርከብ፣ ተጎታች፣ ወይም ከላይ ያልተዘረዘረ ሌላ ተሽከርካሪ ካለዎት፣ እባክዎ ስለ እያንዳንዱ ተሽከርካሪ የሚከተለውን መረጃ ይሙሉ (እንዳስፈላጊነቱ ተጨማሪ ገጾችን ያያይዙ)።

የተሰራው	ሞዴል	ዓመት	ዋጋ	የተከፈለበት መጠን	ባለቤት(ቶች)

8 የጤና መድን

ከታች የተዘረዘሩት ለእርስዎ መዝገብ ላይ ያሉን የጤና መድን ዝርዝሮች ናቸው።

የጤና መድን ኩባኒያ ስም	ማን ነው መድን የሚያገኘው?	የመድን ዓይነት	የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ቀን ወወ/ቀቀ/ዓዓ – ወወ/ቀቀ/ዓዓ	መጠን
<health_insurance_comp_name 1>	<insurance_owner 1>	<coverage_type 1>	<insurance_start_end_date 1>	<insurance_amount 1>
<health_insurance_comp_name N>	<insurance_owner N>	<coverage_type N>	<insurance_start_end_date N>	<insurance_amount N>

Medicare አሎት? አዎ አይደለም Medicare A B

የትዳር አጋርዎ Medicare አለው/ላት? አዎ አይደለም Medicare A B

ሌላ የጤና መድን አሎት? አዎ አይደለም

ባለቤትዎ ሌላ የጤና መድን አላቸው? አዎ አይደለም

እርስዎ፣ የትዳር አጋርዎ፣ ወይም ከቤትዎ ማንኛውም ሰው፣ ከMedicare ውጭ ሌላ የጤና መድን ካላችሁ፣ እባክዎ የሚከተለውን መረጃ እና የMedicare እና የመድን ካርዶች ቅጂዎችን (ፊት ለፊት እና ጀርባ) ያቅርቡ።

የጤና መድን ኩባኒያ ስም	ማን ነው መድን የሚያገኘው?	የመድን ዓይነት	የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ቀን ወወ/ቀቀ/ዓዓ – ወወ/ቀቀ/ዓዓ	ፖሊሲ ወይም ፕሮግራም #	መጠን
					\$
					\$
					\$
					\$

9 የሕክምና ወጪዎች

ከታች የተዘረዘሩት ለእርስዎ መዝገብ ላይ ያሉን የሕክምና ወጪዎች ናቸው።

ይህን ወጪ የሚከፍል ሰው ስም	የወጪ ዓይነት	የወጪ የመጀመሪያ ቀን	የተከፈለው መጠን	ምን ያህል ነው የተከፈለው?
<Medical_expense_payer 1>	<Medical_expense_type 1>	<Start date_Medical_expense 1>	<Medical_expense_amount 1>	<Medical_expense_frequency 1>
<Medical_expense_payer N>	<Medical_expense_type N>	<Start date_Medical_expense N>	<Medical_expense_amount N>	<Medical_expense_frequency N>

ከላይ ያልተጠቀሱ ማንኛውም የሕክምና ወጪዎች ካሉዎት፣ እባክዎ ስለ እያንዳንዱ የሕክምና ወጪ የምከተለውን መረጃ ይሙሉ።

ይህን ወጪ የሚከፍል ሰው ስም	የወጪ ዓይነት	የወጪ የመጀመሪያ ቀን	የተከፈለው መጠን	ምን ያህል ነው የተከፈለው?
			\$	
			\$	
			\$	

10 ሌሎችን ለማንከባከብ የሚወጣ ወጪ

ከታች የተዘረዘሩት ለእርስዎ መዝገብ ላይ ያሉን ሌሎችን ለማንከባከብ የሚወጡ ወጪዎች ናቸው።

የተከፈለው መጠን	ምን ያህል ነው የተከፈለው?
\$<care_amount 1>	<care_amount <frequency 1>
\$<care_amount N>	<care_amount <frequency N>

የጥገኛ እንክብካቤ ወጪዎች ማለት በቤትዎ ውስጥ ላለው በገቢዎ ላይ ጥገኛ ሆኖ ለሚኖር ሰው እንክብካቤ የሚደረጉ ክፍያዎች ናቸው። እንደ ልጅ ወይም 60 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ እድሜ ያለው አዛውንት ዓይነት፣ ወይም አካል ጉዳተኛ የሆነ ግለሰብ። ይህን ወጪ መክፈል ቤተሰብዎ ውስጥ ያለው ሰው እንዲሰራ፣ ስራ እንዲፈልግ፣ ወይም ትምህርት ቤት ወይም የስልጠና ትምህርት እንዲከታተል ይፈቅዳል። ሌሎችን ለማንከባከብ የሚወጡ ወጪዎች ላይ የሚመጡ ለውጦችን ሪፖርት እንዲያደርጉ ይፈቀድልዎታል፣ ግን አይጠበቅብዎትም።

ለምሳሌ፡ የልጅ ድጋፍ፣ ቀብር፣ የልጅ እንክብካቤ፣ ወይም የአዋቂ እንክብካቤ ወጪዎች።

ይህን ወጪ የሚከፍል ሰው ስም	ክፍያ የተደረገለት ሰው ስም	የተከፈለው መጠን	ምን ያህል ነው የተከፈለው?
		\$	
		\$	

ይህን ማመልከቻ ከመፈረምዎ በፊት የምከተለውን መረጃ በጥንቃቄ ያንብቡ

- ከዚህ በታች በመፈረም፣ የዲሲ የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHS) ስለእኔ እና ባለቤቴ መረጃ እንዲያገኝ ፍቃዴን ሰጥቻለሁ። DHS ይህንን መረጃ ስለእኔ ሁኔታ ከሚያውቁ ባለሥልጣናት ወይም ተቋማት ማግኘት ይችላል። እነዚህ ወገኖች ስለእኔ መረጃዎችን ለADHS እንዲሰጡ ፍቃድ ሰጥቻለሁ። በማመልከቻዬ ውስጥ ያለውን መረጃ መርምርያለሁ፣ እና በዚህ ሙሉ ማመልከቻው ውስጥ ያለ መረጃ በሙሉ እውነት እና ትክክል መሆኑን አምናለሁ። ሀሰተኛ መረጃ ብስጥ፣ ህጉን እየጣሰኩ መሆኑን እና የወንጀል ክስ እና ቅጣቶች ሊያስከትልብኝ እንደሚችል አውቃለሁ። የክልል እና የፌዴራል ባለስልጣናት ይህን መረጃ ሊያጣሩት እንደሚችሉ አውቃለሁ። እኔ ሊኖሩ በሚችሉ ምርመራዎች ለመርዳት እና ለመተባበር እስማማለሁ።
- ከዚህ በታች በመፈረም፣ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት መንግስት (ዲስትሪክት) እኔን ወክሎ በMedicaid ለተከፈሉ ሁሉም ክፍያዎች የምላሽ ክፍያ ሊጠይቅ እንደምችል እረዳለሁ። በሌላ የህክምና ተቋማት ውስጥ የሚደረጉ የቤት ውስጥ የነርስ እንክብካቤ፣ የክፍያ መታለፍ፣ ወይም አገልግሎቶችን ጨምሮ።
- ከታች በመፈረም፣ ከዚህ የእድሳት ቅጽ ጋር የተያያዙ መብቶቼን እና ግዴታዎቼን መርምረያለሁ። እኔ ግዴታዎቼን እረዳለሁ እና አስፈላጊ በሚሆንበት ጊዜ እተባበራለሁ።
- ከታች በመፈረም፣ እኔ፣ ወይም ባለቤቴ፣ በፌብሯሪ 8, 2006 ወይም ከዚያ በኋላ የጡረታ ዓመታዊ ክፍያ ከገዛን፣ እና የረጅም ጊዜ የእንክብካቤ አገልግሎቶችን ከተቀበልኩ፣ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የረጅም-ጊዜ የእንክብካቤ አገልግሎቶች ጋር በተያያዘ የህክምና እርዳታ አሰጣት መሰረት የዓመታዊው የጡረታ ክፍያ ቀሪ ተጠቃሚ ተብሎ መሰየም እንዳለበት እረዳለሁ።
- ሥልጣን ያለው ተወካይ(ዎች)፣ ተጠቃሚው ይህንን ቅጽ መፈረም የማይችል ከሆነ፣ እርስዎ ሊፈርሙላቸው ይችሉ ይሆናል። በመፈረምዎ፣ ይህ ሰው ለጥቅማጥቅሞች ማሳደስ እንደሚፈልግ እና ከላይ ለተጠቀሙ ሁኔታዎች እንደተሰማማ ያረጋግጣሉ።

ፊርማ፡ _____ ቀን፡ _____

የተወካይ ፊርማ፡ _____ ቀን፡ _____

መጠቀም A (ሀ)፣ የሙብቶች እና ግዴታዎች ማስታወቂያ

አጠቃላይ መመሪያዎች

እርስዎ እውነተኛ እና የተሟላ መረጃ መስጠት አለብዎት። ከዋሹ ወይም ሀሰተኛ መረጃ ከሰጡ፣ ጥቅማጥቅሞችን ሊያጡ ይችላሉ። የገንዘብ መቀጮ ሊቀጡ ወይም ሊታሰሩ ይችላሉ። መረጃዎ ትክክለኛ መሆኑን ለማረጋገጥ ልናጣራ እንችላለን። ገቢዎን፣ የማህበራዊ ዋስትና መረጃዎን፣ እና የኢምግራሽን መረጃዎን ልናጣራ እንችላለን። ይህን መረጃ የምናረጋግጠው በኮምፒውተር የማዛመጃ ፕሮግራሞች ነው። በተጨማሪ ቃለመጠይቅ ልናደርግልዎ እና የቤት ውስጥ ጉብኝት ልናደርግ እንችላለን።

አንድን ሰው እንደ ስልጣን ያለው ተወካይ ሊሰይሙ ይችላሉ። ይህ እነሱ እርስዎን ወክለው ማመልከቻ እንዲያስገቡ ስልጣን ይሰጣቸዋል። አንድን ሰው ስልጣን የተሰጠው ተወካይ እንዲሆን ከሰየሙት፣ ኤጀንሲው ለእርስዎ የሚልኳቸውን የማስታወቂያዎች ቅጂን ይልኩላቸዋል። እንዲሁም እርስዎን ወክለው ማረጋገጫዎችን ሊያስገቡ ይችላሉ።

ጉዳይዎ ለጥራት ቁጥጥር ግምገማ ሊመረጥ ይችላል። ይህ የሁሉም መረጃዎ ዝርዝር ግምገማ ነው። የተወሰኑ የግል ቃለመጠይቆችን እና የህክምና መረጃዎችን ግምገማን ሊያካትት ይችላል። በማመልከት፣ ከግል ወይም ከፌዴራል ገምጋሚዎች ጋር ለመተባበር መስማማትን ይገልጻሉ። ለመተባበር ፈቃደኛ ካልሆኑ፣ ጥቅማጥቅሞችን በሙሉ ወይም በከፊል ሊያጡ ይችላሉ። በምርመራ ላይ ከሆኑ ወይም ከህግ ሽሽት እያመለጡ ከሆነ፣ መረጃዎን ለፌዴራል እና ለአካባቢ ኤጀንሲዎች ልናጋራ እንችላለን።

በፌዴራል እና የግዛቱ ህግ መሰረት፣ Medicaid እየፈለጉ ከሆኑ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (ካለዎት) መስጠት አለብዎት። (42 CFR 435.910 ይመልከቱ) SSNን በመጠቀም ማንነትዎን ይጣራል። ሁለት ጥቅም እንደሚያገኙ ይረጋገጣል እንዲሁም የፕሮግራም ለውጥ የሚደረግ ከሆነም ይረጋገጣል። የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHS) የኮምፒውተር ሲስተም የእርስዎን SSN በመጠቀም ከአገር ውስጥ ገቢ አገልግሎት፣ የማህበራዊ ዋስትና አስተዳደር እና የDC Child Support Services Division (CSSD) (የዲ.ሲ. የልጅ ድጋፍ አገልግሎቶች ክፍል) ውስጥ ያሉ ሪከርዶችን በመጠቀም ገቢዎን ያረጋግጣል።

የህክምና እርዳታ መመሪያዎች

የተሞላ ማመልከቻዎ ለኮሎምቢያ ዲስትሪክት የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHS) የኢኮኖሚክ ደህንነት አስተዳደር (ESA) ከገባ በኋላ፣ ስለ የህክምና እርዳታዎ በ 45 ቀናት (ወይም 60 ቀናት እርስዎ አካል ጉዳተኛ እንደሆኑ DHS መወሰን ካለበት) ውስጥ ውሳኔ ያገኛሉ። በዚህ ጊዜ ውስጥ ማሳወቂያ ካልደረሰዎት፣ እባክዎ ለDC Medicaid ቅርንጫፍ በ (202) 698-4220 ወይም ለለውጥ ማእከል በ (202) 727-5355 ይደውሉ።

ከኪስ ውጪ ተመላሽ ገንዘብ መረጃ

ለ Medicaid ብቁ ሆነው ባሉበት ጊዜ ውስጥ ለትዕዛዝ መድሃኒቶች፣ የህኪም ጉብኝቶች፣ ወይም ሆስፒታል መግባት ከከፈሉ፣ ለወጪዎቹ ተመላሽ ገንዘብ ሊያገኙ ይችላሉ።

መስፈርቶች፣ ለተመላሽ ገንዘብ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ፣ እርስዎ ወይም የቤተሰብ አባል ለ Medicaid ብቁ ሆናችሁ ባላችሁበት ጊዜ ውስጥ

- a. ለትዕዛዝ መድሃኒቶች፣ የህኪም ጉብኝቶች፣ ወይም ሆስፒታል መግባት ከከፈሉ፣ ወይም
- b. ለትዕዛዝ መድሃኒቶች፣ የህኪም ጉብኝቶች፣ ወይም ሆስፒታል መግባቶች የክፍያ ጥያቄን እየከፈሉ ከሆኑ ወይም በፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ሐኪም፣ ወይም ሆስፒታል ክፍያ እንዲያደርጉ እየተጠየቁ ከሆኑ።

ተመላሽ ገንዘብ ይገባኛል ብለው ካመኑ፣ ወደ ፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ሐኪም፣ ወይም ሆስፒታል ከሄዱበት ቀን በኋላ በስድስት (6) ወራት ውስጥ፣ ወይም ለMedicaid ብቁ መሆንዎን ካወቁ ቀን በኋላ በስድስት (6) ወራት ውስጥ፣ ከሁለቱ የቅርብ የሆነውን በመምረጥ፣ ለተመላሽ ገንዘብ መጠየቅ አለብዎት።

የ Medicaid ተመላሽ ገንዘብ ጥያቄ ቅጽን መሙላት እና ለDC የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ ማስገባት አለብዎት። የቅጹን ቅጂ ከማንኛውም የESA ቢሮ ማግኘት፣ ወይም ቅጂውን ከ <https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93reimbursement-form>

ማውረድ ይችላሉ።

ጥያቄዎች ካሉዎት ወይም ቅጹን መሙላት ወይም የተጠየቀውን መረጃ ለማግኘት እርዳታ ካስፈለገዎት፣ የሚከተሉትን ያግኙ፦

- a. የዲ.ሲ. የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ (DHCF) የMedicaid ተቀባይ ጥያቄዎች የምርምር ቡድን በ(202) 698-2009።
- b. ነጻ የህግ እርዳታ የሚያቀርቡልዎትን ቴሪስ ፕራቭሊክ እና ሚሊዮን፣ LLP, 1816 12th Street NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578።

የተመላሽ ገንዘብ ጥያቄዎ ላይ ውሳኔ በ90 ቀናት ውስጥ ሊሰጥ ይገባል።

- a. የMedicaid ተቀባይ ጥያቄዎች የምርመራ ቡድን ጥያቄዎን ካቀረቡበት ጊዜ በኋላ በ90 ቀናት ውስጥ የተመላሽ ገንዘብ ጥያቄዎ ላይ ውሳኔ መስጠት አለበት። በእነዚያ 90 ቀናት ውስጥ ምንም ውሳኔ ካልተሰጠ፣ ጥያቄዎ ተቀባይ እንዳለው ተደርጎ ይወሰዳል፣ እና ከ90-ቀን ጊዜ መጨረሻ ቀን በኋላ በ15 ቀናት ውስጥ ይከፈልልዎታል።
- b. በMedicaid ተቀባይ ጥያቄዎች የምርመራ ቡድን ውሳኔ ካልጠገቡ፣ ፍትህዊ ችሎት የመጠየቅ መብት አለዎት። ፍትህዊ ችሎትን ለአስተዳደራዊ ችሎቶች ቢሮ በ (202) 442-9094 በመደወል ሊጠይቁ ይችላሉ። የአስተዳደራዊ ችሎቶች ቢሮ በ 441 4th Street, NW; Washington, DC 20001-2714 ይገኛል።
- c. አሁን በፍትህዊ ችሎት ውጤት ካልጠገቡ፣ በ30 ቀናት ውስጥ ለDC ይግባኞች ፍርድ ቤት ይግባኝ ማለት ይችላሉ።

በፍትህዊ ችሎቱ ወይም ይግባኝ ላይ ጉድዮን ለማቅረብ እንዲረዳዎ ነጻ የህግ አገልግሎት መቀበል ይችላሉ ይሆናል። በሳላዛር ቪ. ኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ የሚገኝ ፍርድ ቤት፣ የሲቪል እርምጃ ቁጥር 93-452 (TSC) (D.D.C.) የምስክር ወረቀት የተሰጠው ክፍል አባል ከሆኑ፣ ቴሪስ፣ ፕራቭሊክ እና ሚሊያንን፣ LLP በ 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009 or (202) 682-0578 ሊያገኙ ይችላሉ።

የሳላዛር ክፍል አባላት ላልሆኑ ተጠቃሚዎች ነጻ የህግ አገልግሎት ከሚከተሉት ድርጅቶች ሊገኝ ይችላል፦

Bread for the City Legal Clinic (ዳቦ ለከተማ የሕግ ክሊኒክ) (202) 480-8950 ወይም (202) 791-3982 Legal Aid Society (የሕግ ድጋፍ ማህበር)፣ (202) 628-1161

Legal Counsel for the Elderly (የህግ ምክር ለአረጋውያን)፣ (202) 434-2120

Neighborhood Legal Services (የጎረቤት የህግ አገልግሎቶች)፣ (202) 832-6577

University Legal Services (የዩኒቨርሲቲ የሕግ አገልግሎቶች)፣ (202) 547-4747

የንብረት ምላሽ

ዲስትሪክቱ እርስዎን ወክሎ በMedicaid ለተከፈሉ ሁሉም ክፍያዎች የምላሽ ክፍያ ሊጠይቅ ይችላል። በሌላ የህክምና ተቋማት ውስጥ የሚደረጉ የቤት ውስጥ የነርስ እንክብካቤ፣ የክፍያ መታለፍ፣ ወይም አገልግሎቶችን ጨምሮ። የንብረት ምላሽ ላይ ተጨማሪ መረጃ ለማግኘት፣ የጤና እንክብካቤ የፋይናንስ መምሪያ፣ የጤና እንክብካቤ አሰራሮች አስተዳደር፣ ሦስተኛ ወገን ተጠያቂነት ክፍልን በ (202) 698-2000 ያግኙ።

ክሶች

የህክምና ካሳ ወይም ጉዳት በሚመለከት ሶስተኛ ወገን ላይ ክስ ካቀረቡ ወይም የእርቅ ድርድር ውስጥ ከገቡ፣ የእርምጃዎን የጽሁፍ ማስታወቂያ(በግል አገልግሎት ወይም በተረጋገጠ ፖስታ) ለየጤና እንክብካቤ የፋይናንስ መምሪያ፣ የጤና እንክብካቤ አሰራሮች አስተዳደር፣ ሦስተኛ ወገን ተጠያቂነት ክፍል፣ 441 4th Street, NW, Suite 1000-South, Washington, DC 20001 በ20 የካላንደር ቀናት ውስጥ መስጠት አለብዎ። ጥያቄዎች ካለዎት፣ በስልክ ቁጥር (202)698-2000 ይደውሉ።

ለውጦችን ሪፖርት ማድረግ

በገቢዎ ላይ፣ የMedicare ሁኔታ፣ የጋብቻ ወይም ተቋማዊ ሁኔታ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ላይ ለውጦች ካሉ፣ ወይም ከዲሲ ከውጡ ሪፖርት ማድረግ አለብዎት። የዲስትሪክት አድራሻ ለውጥ፣ በመጠለያ ወጪዎች ልእይ የሚሕዕኙ ለውጦች እና የሕክምና ወጪዎች ላይ የሚመጡ ለውጦችን ሪፖርት ማድረግ ይፈልጉ ይሆናል። ለውጥ ሪፖርት ለማድረግ፣ ይደውሉ ለ(202) 727-5355። ለውጡ ከተፈጠረበት በኋላ በወሩ 10ኛው ቀን ሊደውሉልን ይገባል። እንዲሁም ለ LTC ክፍል በ (202) 698-4220 ሊደውሉ ይችላሉ። ለረጅም-ጊዜ የእንክብካቤ አገልግሎቶች መክፈል ያለብዎት መጠን ላይ ተጽዕኖ የሚያመጡ ለውጦችን ሪፖርት ለማድረግ።

ሚስጥራዊነት

በማመልከት፣ DHS ከአሰሪዎ፣ አከራይዎ፣ የነርስ ተቋምዎ፣ ባንክዎ፣ ሀኪምዎ፣ እና ስለእርስዎ መረጃ ያላቸው ሌሎች ሰዎችን እንዲያነጋግሩ ፍቃድ ሰጥተዋል። በተጨማሪ እነዚህ ሰዎች ስለእርስዎ መረጃ ለDHS እንዲሰጡ ፍቃድ ሰጥተዋል። በተጨማሪ፣ DHS የሞተር ተሽከርካሪ ሪከርዶችዎ፣ የደሞዝ መረጃዎ፣ የታክስ መረጃ እና ሌሎች የመንግስት ሪከርዶችን እንዲመለከት ፍቃድ ሰጥተዋል። ሆኖም፣ DHS ሁሉንም መረጃዎን በሚስጥር ይይዛል። DHS ያለፍቃድዎ፣ በህግ የሚጠየቅ ካልሆነ በስተቀር፣ መረጃዎን አያጋራም።

አድልዎ በሕግ ያስጠይቃል

DHCF እና DHS የሚመለከቷቸውን የፌዴራል ሲቪል መብቶች ሕጎችን ያከብራሉ እና በዘር፣ ቀለም፣ የብሄራዊ አመጣጥ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታ መሰረት አድልዎ አያደርጉም። DHCF እና DHS ሰዎችን አያገሉም ወይም በዘር፣ ቀለም፣ የብሄራዊ አመጣጥ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታ ምክንያት ለይተው አያስተናግዱም።

የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ (DHCF) እና የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHS)፦

- አካል ጉዳተኛ የሆኑ ሰዎች በደንብ ከኛ ጋር መነጋገር እንድችሉ ነጻ እርዳታዎች እና አገልግሎቶችን ያቀርባሉ፣ እንደ፡ዐብቁ የሆኑ የምልክት ቋንቋ አስተርጓሚዎች

ዐ በሌሎች ቅርጾች የተጻፉ መረጃዎች (ትላልቅ እትሙት፣ የድምጽ፣ መገኘት የሚችሉ የኤሌክትሮኒክ ቅርጾች፣ ሌሎች ቅርጾች)

ዐ የመጀመሪያ ቋንቋቸው ኢንግሊዝኛ ላልሆነ ሰዎች ነጻ የቋንቋ አገልግሎቶችን ያቀርባሉ፣ እንደ፡ ዐ ብቁ የሆኑ አስተርጓሚዎች

ዐ በሌሎች ቋንቋዎች የተጻፉ መረጃዎች

እነዚህን አገልግሎቶችን ከፈለጉ፣ ወ/ሪት ሱሮቢ ፍራን በ (202) 442-5916 ያግኙ።

DHCF ወይም DHS እነዚህን አገልግሎቶችን ማቅረብ እንዳልቻሉ ወይም በዘር፣ ቀለም፣ የብሄራዊ አመጣጥ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታ መሰረት አድልዎ እንዳደረጉ ካሙኑ፣ ቅሬታን ማቅረብ ይችላሉ፣ ወደ፡

ወ/ሪት ሱሮቢ ፍራን፣ የDHCF ሲቪል ሙብቶች አስተባባሪ 441 4th Street, NW

Washington DC, 20001

ስልክ፣ (202) 442-5916

ኢሜይል፣ surobhi.rooney@dc.gov

ቅሬታን በአካል ወይም በፖስታ፣ ፋክስ፣ ወይም ኢሜይል ማቅረብ ይችላሉ። ቅሬታ ለማቅረብ እርዳታ ከፈለጉ፣ እርስዎን ለመርዳት ወ/ሪት ሱሮቢ ፍራን ይኖራሉ።

እንዲሁም የሲቪል ሙብቶች ቅሬታን ለ U.S. የጤና እና ሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣ የሲቪል ሙብቶች ቢሮ፣ በኤሌክትሮኒክ፣ የሲቪል ሙብቶች ቢሮ የቅሬታ ማቅረቢያ ፖርታል አማካኝነት ማቅረብ ይችላሉ። በሚከተለው ይገኛል <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ወይም በስልክ 1-800- 368-1019 ወይም በፖስታ በ፡ U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201

ፍትሀዊ ችሎት

DHS ስህተት እንደሰራ ካሰቡ፣ እንግዲያውስ ፍትሀዊ ችሎትን ማግኘት ይችላሉ። የበለጠ ለማወቅ 202-698-4650 ላይ ይደውሉ። በተጨማሪ ወደ(202) 727-8280 መደወል ይችላሉ። በፍትሀዊ ችሎት ላይ፣ ሌላ ሰው እንዲናገርልዎ መጠየቅ ይችላሉ። ይህ ጠበቃ፣ ጓደኛ፣ ዘመድ፣ ወይም ሌላ ሰው ሊሆን ይችላል። በተጨማሪ ምስክሮችን ማምጣት ይችላሉ። ለእርስዎ እና ለምስክሮችዎ ወደ ፍትሀዊ ችሎቱ የትራንስፖርት ወጪ እንክፍላለን። በተጨማሪ ለተወሰኑ ሌሎች ወጪዎችዎ ልንከፍል እንችላለን። በተጨማሪ እርስዎ ለፍትሀዊ ችሎት ነጻ የህግ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ። የህግ ባለሙያ ወይም ጠበቃ ለማነጋገር ከታች ካሉት ኤጀንሲዎች አንዱ ጋር ይደውሉ።

ነጻ የህግ እርዳታ

Neighborhood Legal Services (የጎረቤት የህግ አገልግሎቶች)
680 Rhode Island Avenue, NE (202) 832-6577

Legal Counsel for the Elderly (የህግ ምክር ለአረጋውያን)
60 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ለሆነ)
601 E Street, NW (202)434-2120

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

Legal Aid Society 666 11th Street, NW Suite 800
(202) 628-1161

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

Terris Pravlik & Millian, LLP
1816 12th Street NW, Suite 303, Washington, DC 20009
(202) 682-0578