



WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

የጨቅላ ሕጻናት እና ድክ ድክ የሚሉ ሕጻናት የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎት(ESIT)

የቅድሚያ የጽሁፍ ማሳወቂያ፣ የመንግስት እና/ወይም የግል የመድን ዋስትናን ለመጠቀም የተሰጠ ፈቃድ፣ የገቢ እና ወጪ ማረጋገጫ ቅጽ

ቀን:-		የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎት ፕሮግራም - LLA ወይም አቅራቢ:-	
የ FRC ሥም:-		የ FRC ስልክ ቁጥር:-	

ክፍል ሀ:- የመለያ መረጃዎች

የልጅ ስም ሥም:-	የቤተሰብ ሥም	ሥም	የአባት ሥም	የልጅ የትውልድ ቀን:-	xx/xx/xxxx
የወላጅ/የአሳዳጊ ሥም(ሞች):-			ስልክ:-		

ክፍል ለ:- የቤተሰብ የወጪ ተሳትፎ ሊደረግባቸው ለሚገባ አገልግሎቶች የተሰጠ የመንግስት እና የግል የጤና መድን ሽፋን የቅድሚያ የጽሁፍ ማሳወቂያ እና ፈቃድ (በወላጅ የሚሞላ - አግባብ የሆኑት ላይ በሙሉ ምልክት ያድርጉ)

ለ.1. አጠቃላይ የልጆች ጤና/ሜዲኬይድ(የመንግስት የጤና እንክብካቤ ሽፋን)

- የ ESIT አገልግሎት ሰጪዎች በልጅ IFSP መሰረት ለሚሰጡት የ IDEA ክፍል ሐ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች ከአጠቃላይ የልጆች ጤና/ሜዲኬይድ (የእኔ የመንግስት የጤና እንክብካቤ ሽፋን) ጥያቄ እንዲያቀርቡ **ፈቃዴን ሰጥቻለሁ።** ESIT የጥቅም ጥቅሞችን ክፍያ ለመጠየቅ ማንነትን ለመግለጽ የሚያስችሉ መረጃዎችን ለአጠቃላይ የልጆች ጤና/ሜዲኬይድ እንዲሰጥ ፈቅጃለሁ። የግል የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትና ያለኝ እንደሆነ አጠቃላይ የልጆች ጤና/ሜዲኬይድ ወጪዎቼን ከመድን ዋስትና አቅራቢዬ መልሶ የማግኘት መብት ያለው መሆኑን ተረድቻለሁ። ይህንን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ ለቤተሰብ መረጃ አስተባባሪ በማሳወቅ ማንሳት የምችል መሆኑን ተረድቻለሁ።
- አጠቃላይ የልጆች ጤና/ሜዲኬይድን እንዲጠቀሙ ማድረግ ከሚከተሉት መካከል አንዱን ውጤት የሚያስከትል ከሆነ፣ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎት ሰጪዎች ፈቃዴን ለማግኘት እንደሚጠይቁ **ተረድቻለሁ።**
 - ለልጄ ወይም ለሌሎች የቤተሰብ አባላት በተሰጠው የሕይወት ዘመን ሽፋን ላይ ወይም በሌሎች የመድን ዋስትና በተሰጠባቸው ጥቅም ጥቅሞች ላይ መቀነስን የሚያስከትል ከሆነ
 - በሌላ አካሄድ በሜዲኬይድ ሊከፈሉልኝ ይችሉ ለነበሩ አገልግሎቶች ክፍያ መፈጸም የሚኖርብኝ መሆኑን የሚያስከትል ከሆነ
 - በማናቸውም አይነት የአሹራ ክፍያዎች ላይ ጭማሪ የሚያስከትል ወይም የልጄን ወይም የሌሎች የቤተሰብን አባላት ሜዲኬይድ ሽፋን የሚያሰረዝ ከሆነ
 - በአጠቃላይ ጤና ነክ ወጪዎች መሰረት ለቤት እና ለማህበረሰብ መር የመብት መተው የልጄን ወይም የሌሎች የቤተሰብ አባላትን ብቁነት ለማጣት የሚያሰጋ ከሆነ
- የ ESIT አገልግሎት ሰጪዎች በልጅ IFSP መሰረት ለሚሰጡት የ IDEA ክፍል ሐ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች ከአጠቃላይ የልጆች ጤና/ሜዲኬይድ (የእኔ የመንግስት የጤና እንክብካቤ ሽፋን) ጥያቄ እንዲያቀርቡ **ፈቃዴን አልሰጠሁም።** በዚህ ውሳኔ የተነሳ፣ ወርቃዊ ክፍያዎችን ለማሳየት የዚህን ቅጽ ክፍል ሐ እና መ መሙላት

እንዳለብኝ ተረድቻለሁ። የዚህን ቅጽ ክፍል ሐ እና መ ካልሞላሁ፣ በቤተሰቤ መጠን መሰረት በወርቃዊ ክፍያ ሠንጠረዥ ላይ በከፍተኛው ደረጃ ላይ የምቀመጥ መሆኔን ተረድቻለሁ።

<p>በመረጥኩት የክፍያ አማራጭ የውል ሁኔታዎች ተስማምቻለሁ እንዲሁም የክፍያ ሥነ-ስርዓት እና የክፍያዎች ፖሊሲን መቀበሌን አረጋግጣለሁ የወላጅ/የአሳዳጊ ፊርማ(ዎች):-</p>	<p>ቀን:-</p>
---	-------------

SOPAF FCP የቅድሚያ ማሳወቂያ፣ ፈቃድ፣ እና የገቢ/ወጪ ማረጋገጫ ቅጽ

ለ.2. የግል የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትና

<p>የመጀመሪያ ደረጃ የመድን ዋስትና ሥም:-</p>		<p>የፖሊሲ ቁጥር:-</p>		<p>የቡድን ቁጥር:-</p>	
<p>ሁለተኛ ደረጃ የመድን ዋስትና ሥም:-</p>		<p>የፖሊሲ ቁጥር:-</p>		<p>የቡድን ቁጥር:-</p>	

- የሚከተሉትን የመሳሰሉ የግል የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትናዎች ለ IDEA የክፍል ሐ የጨቅላነት የድጋፍ አገልግሎቶች በመጠቀሜ የተነሳ ቤተሰቤ ሊያወጣቸው የሚችሉ አጠቃላይ ወጪዎችን **እንደገንዘብ ተደርጓልሁ**፡-

 - የትብብር ክፍያዎች የጋራ የመድን ዋስትና፣ አሹራዎች፣ ወይም ተቀናሾች
 - በቤተሰብ የመድን ዋስትና ፖሊሲ መሰረት በአመታዊ ወይም የሕይወት ዘመን የመድን ዋስትና ጣሪዎች መሰረት ጥቅሞችን ማጣትን የመሳሰሉ የረጅም ጊዜ ወጪዎች
 - የመድን ዋስትናውን መጠቀም ለቤተሰብ የመድን ዋስትና ሽፋን ለማግኘት አሉታዊ ተጽዕኖ የመፍጠር ዕድል ያለው መሆኑ
 - ለክፍል ሐ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች በመክፈሉ የተነሳ የመድን ዋስትና ሽፋን ሊቋረጥ የሚችል መሆኑ
 - ለጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች ለመክፈል የግል የመድን ዋስትናን መጠቀም የመድን ዋስትናው የአሹራ ክፍያ ላይ ተጽዕኖ

- የ ESIT አገልግሎት ሰጪዎች በልጅ IFSP መሰረት ለሚሰጡት የ IDEA ክፍል ሐ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች ከእኔ የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትና ጥያቄ እንዲያቀርቡ **ፈቃዴን ሰጥቻለሁ።** ESIT የጥቅም ጥቅሞችን ክፍያ ለመጠየቅ ማንነትን ለመግለጽ የሚያስችሉ መረጃዎችን ለእኔ የግል የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትና እንዲሰጥ ፈቅጃለሁ። የእኔ የግል የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትና ለ ESIT አገልግሎት ሰጪ ክፍያ እንዲፈጽም ፈቃድ ሰጥቻለሁ። ይህንን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ ለቤተሰብ መረጃ አስተባባሪ በማሳወቅ ማንሳት የምችል መሆኔን ተረድቻለሁ።
- የ ESIT አገልግሎት ሰጪዎች በልጅ IFSP መሰረት ለሚሰጡት የ IDEA ክፍል ሐ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች ከእኔ የጤና እንክብካቤ ሽፋን/የመድን ዋስትና ጥያቄ እንዲያቀርቡ **ፈቃዴን አልሰጠሁም።** በወርቃዊ የክፍያ ሠንጠረዥ እና መስፈርቶች መሰረት ለእነዚህ አገልግሎቶች ክፍያ የመፈጸም ኃላፊነት እንዳለብኝ ተረድቻለሁ። ወርቃዊ ክፍያዬን ለማሳየት የዚህን ቅጽ ክፍል ሐ እና መ መሙላት እንዳለብኝ ተረድቻለሁ። የዚህን ቅጽ ክፍል ሐ እና መ ካልሞላሁ፣ በቤተሰቤ መጠን መሰረት በወርቃዊ ክፍያ ሠንጠረዥ ላይ በከፍተኛው ደረጃ ላይ የምቀመጥ መሆኔን ተረድቻለሁ።
- የዚህን ቅጽ ክፍል ሐ እና መ መሙላት አልፈልግም እናም የግል የመድን ዋስትናዬን ከመጠቀም ጋር ተያይዞ ሊከፈሉ ለሚገባቸው ሁሉም የትብብር ክፍያዎች፣ የጋራ የመድን ዋስትና እና ተቀናሾች ክፍያ ኃላፊነቴን እወስዳለሁ።

<p>በመረጥኩት የክፍያ አማራጭ የውል ሁኔታዎች ተስማምቻለሁ እንዲሁም የክፍያ ሥነ-ስርዓት እና የክፍያዎች ፖሊሲን መቀበሌን አረጋግጣለሁ</p>	<p>ቀን:-</p>
--	-------------

የወላጅ/የአሳዳጊ ፊርማ(ዎች):-

ለ.ሐ. ምንም የመንግስትም ሆነ የግል የጤና እንክብካቤ ሽፋን አለመጠቀም

- የግልም ሆነ የመንግስት የመድን ዋስትና (አፕል የሕጻናት ጤና/ሜዲኬይድ) ሽፋን የሌለኝ በመሆኑ በልጄ IFSP መሰረት ለሚሰጡ የIDEA የክፍል ሐ የጨቅላነት ጊዜ የድጋፍ አገልግሎቶች በቤተሰቤ መጠን እና ገቢ መሰረት ወርቃዊ ክፍያ እንደምከፍል **እንድንገነዘብ ተደርጊያለሁ።**

በመረጥኩት የክፍያ አማራጭ የውል ሁኔታዎች ተስማምቻለሁ እንዲሁም የክፍያ ሥነ-ስርዓት እና የክፍያዎች ፖሊሲን መቀበሌን አረጋግጣለሁ
 የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ(ዎች):-

ቀን:-

SOPAF FCP የቅድሚያ ማሳወቂያ፣ ፈቃድ፣ እና የገቢ/ወጪ ማረጋገጫ ቅጽ

ክፍል ሐ:- ዓመታዊ ገቢ ማረጋገጫ ሰነዶች (በወላጅ የሚሞላ)

መክፈል ያለመቻል ውሳኔን ወይም በቤተሰብ መጠን እና በተስተካከለ ዓመታዊ ገቢ ምክንያት ወርቃዊ የክፍያ ሠንጠረዥ ላይ ለመመደብ የሚጠይቁ ወላጆች በሙሉ የገቢ ማረጋገጫ ማቅረብ አለባቸው። (እባክዎ ልብ ይበሉ የገቢ ማረጋገጫን ለማቅረብ አንድ ዓይነት ሰነድ ብቻ ነው የሚፈለገው)

የሰነድ ዓይነት:- አንዱን ብቻ ይምረጡ		የቤተሰብ ጠቅላላ ዓመታዊ ገቢ:-
<input type="checkbox"/>	የራስ-ቅጥር-ሌላ ከደሞዝ ሌላ እባክዎ የቅርብ ጊዜ የ IRS 1040 የታክስ ቅጽ ያካቱ።	
<input type="checkbox"/>	ቢያንስ ሁለት(2) ተከታታይ የክፍያ ማረጋገጫዎች (ያልተጣራ ገቢ)	
<input type="checkbox"/>	ሣምንታዊ መጠን	
<input type="checkbox"/>	በሳምንት ሁለት የሚከፈል መጠን	
<input type="checkbox"/>	ወርቃዊ መጠን	
<input type="checkbox"/>	የቅርብ ጊዜ የ W2 እና ወይም የ 1099 (ቅጽW2=መስመር 1; 1099=የመስመር 1፣ 2 እና 3 ጠቅላላ ውጤት)	
<input type="checkbox"/>	አባሪ የተደረጉ የደሞዝ እና የቀን ክፍያ የጽሁፍ መግለጫ (የኩባንያውን ወይም የአሰሪውን ስም፣ አድራሻ ስልክ ቁጥር እና የተቆጣጣሪ ወይም የሰው ሃብት አስተዳደር ሰራተኛን ፈርማ የግድ መያዝ አለበት)።	

ክፍል መ:- የሚፈቀዱ ዓመታዊ ወጪዎች (በወላጅ የሚሞላ)

ባለፉት አስራ ሁለት ወራት ወይም ባለፈው የታክስ ዓመት ውስጥ ለልጁ እና/ወይም ለሌሎች የቤተሰቡ አባላት ያወጧቸውን ተመላሽ ያልሆኑ ክፍያዎች ማረጋገጫ ሰነዶች ከዚህ ቅጽ ጋር አባሪ አድርገው ማቅረብ አለባቸው።

የሚፈቀዱ ተመላሽ የማይደረጉ አመታዊ የወጪ መደቦች	የወጪ መጠን
የሕክምና፣ የጥርስ እና የአእምሮ ጤና ወጪዎች አሹራን፣ የትብብር ክፍያዎችን፣ የጋራ የመድን ዋስትናን፣ ተቀናሾችን እና ሽፋን የሌላቸውን አገልግሎቶች	
ፈቃድ ባለው የቤት ውስጥ የጤና እንክብካቤ ሰጪ ኤጀንሲ የሚሰጥ የቤት ውስጥ የጤና እንክብካቤ	
የልጅ ድጋፍ/የቀለብ ክፍያዎች	
በስራ ላይ ወይም በትምህርት ላይ እያሉ ለልጅ እንክብካቤ የወጡ ወጪዎች	
ጠቅላላ የሚፈቀዱ ዓመታዊ ወጪዎች	

በቤተሰቡ ውስጥ የሚገኙ ሰዎች አጠቃላይ ብዛት (የቤተሰብ መጠን):-	
--	--

SOPAF FCP የቅድሚያ ማሳወቂያ፣ ፈቃድ፣ እና የገቢ/ወጪ ማረጋገጫ ቅጽ

ክፍል ሠ:- የተስተካከለ ዓመታዊ ገቢ እና መክፈል ያለመቻል ውሳኔ (በFRCC ወይም በ EIS ሠራተኞች የሚሞላ)

ገቢ፣ ወጪ፣ እና ወርቃዊ የክፍያ መረጃ	
1.	ጠቅላላ ዓመታዊ ገቢ (በክፍል ሐ በሰነድ እንደተመለከተው)
2.	የሚፈቀዱ ዓመታዊ ወጪዎች (ክፍል ሐ በሰነድ እንደተመለከተው)
3.	ዓመታዊ የወጪ ልዩ ሁኔታዎች (መስመር 1 - ጠቅላላ ዓመታዊ ገቢ በ0.10 ወይም በ10% ተባዝቶ):-
4.	ጠቅላላ የሚፈቀዱ ዓመታዊ ወጪዎች (መስመር 2 ሲቀነስ መስመር 3፣ መስመር 3 ከመስመር 2 የሚበልጥ ከሆነ፣ መስመር 4 ላይ ዐን ያስገቡ):-
5.	በወርቃዊ የክፍያ ሠንጠረዥ ላይ ለመመደብ የተስተካከለ ገቢ (መስመር 1 ሲቀነስ መስመር 4)

መስመር 5 ለቤተሰቡ መጠን ከፌዴራል የድህነት ወለል በታች ከሆነ መክፈል አለመቻል የሚለውን የክፍያ መስፈርት ያሟላል	
<input type="checkbox"/> አዎን - ኢንሹራንስ ላላቸው ወይም ለሌላቸው ወላጆች፣ ቤተሰቡ የትብብር ክፍያዎችን፣ የጋራ የመድን ዋስትና፣ ተቀናሾች ወይም ወርቃዊ ክፍያ እንዲከፍሉ አይጠየቁም። እነዚህን ወጪዎች ለመሸፈን የ IDEA ክፍል ሐ ወይም የሌሎች ኤጀንሲዎች የገንዘብ እርዳታ ጥቅም ላይ ይውላል።	<input type="checkbox"/> የለም - የመድን ዋስትና ላላቸው ቤተሰቦች፣ የቤተሰብ ተቀናሾች <input type="checkbox"/> የለም - የመድን ዋስትና ለሌላቸው ቤተሰቦች ወይም የመድን ዋስትናቸውን መጠቀም ለከለከሉ ቤተሰቦች፣ ቤተሰቡ በወርቃዊ የክፍያ ሠንጠረዥ ላይ ይቀመጣል። ወርቃዊ ክፍያ:- _____

ክፍል ረ:- የወላጅ ማረጋገጫ

በዚህ ቅጽ ላይ የተሰጠው፣ የተከለሰው እና በሰነድ የተያያዘው መረጃ እኔ እስከማውቀው ድረስ ትክክለኛ እና የተሟላ መሆኑን አረጋግጣለሁ።

የወላጅ/የአሳዳጊ ፊርማ(ዎች)	ቀን:-
--------------------	------

ክፍል ሰ:- የሠራተኞች የገቢ ግምገማ እና የወጪ ማረጋገጫ ቅጽ

የከለሰው:-

የFRCC ወይም የ EIS ሠራተኞች ፊርማ:-	የታተመ ሥም:-	ቀን:-
-----------------------------	-----------	------

SOPAF FCP የቅድሚያ ማሳወቂያ፣ ፈቃድ፣ እና የገቢ/ወጪ ማረጋገጫ ቅጽ