



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

ABAWD ቅድመ ሁኔታ፡
የሕክምና ሪፖርት
ABAWD Requirement: Medical Report

ሰማያዊ ወይም ጥቁር እስኪርቢቶ ይጠቀሙ

የ DSHS ፖስታ መላኪያ አድራሻ DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
የ DSHS ስልክ ቁጥር ()	የ DSHS ፋክስ ቁጥር 888-338-7410
የጉዳይ/የደንበኛ መታወቂያ ቁጥር	

ክፍል 1. በደንበኛው የሚሞላ	
የደንበኛው ስም (እባክዎትን ይጻፉ)	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (አንድ አማራጭ)

የተሳታፊ ታካሚ/ደንበኛ ፍቃድ፡

የህክምና መረጃና ወይ የማገገምያ ቆይታ መረጃ ጥያቄ ለማሕበራዊና ጤና አገልግሎት ክፍል እንዲሰጥ ፍቃድ አሰጣለሁ፡፡

የተሳታፊ ታካሚ/ደንበኛ ፊርማ

ቀን

ክፍል 2. በህክምና ባለሙያ የሚሞላ**

እባክዎትን ከታች ባለው ሳጥን አንድ ወይ ከዛ በላይ ጥያቄ መልሱ፡፡ እባክዎትን ሙያ ወይ በኤጀንሲያ ያለትን ሀላፊነት ጨምሮ በዚህ ቅጽ ፈርመው ቀን ያስቀምጡ፡፡**

- እኚህ ግለሰብ እርጉዝ ናቸው? አዎ አይ አይታወቅም
 አዎ ከሆነ፣ የመጨረሻ ቀን: _____
- እኚህ ግለሰብ በማገገምያ መርሀግብር፣ የአእምሮ ጤና ማማከር መርሀግብር፣ ወይ የሀሺሽ ወይ አልኮል ህክምና ወይ የምክር መርሀግብር ላይ ተሳትፏል?
 አዎ አይ
 አዎ ከሆነ፣ መርሀግብሩ ያልቆበታል ተብሎ የሚጠበቅበት ቀን: _____
- እኚህ ግለሰብ በሳምንት 20 ሰዓት መሳራት እንዳይችሉ የሚያግድ የአእምሮ፣ አካላዊ በሽታ ወይ ጉዳት፣ ጊዜያዊ ወይ ቋሚ ጉዳት አላቸው? አዎ አይ
 አዎ ከሆነ፣ እባክዎትን ይህ ሁኔታቸው ምን ያህል ጊዜ ለ20 ሰዓታት ከመሰራት እንደሚያግዳቸው ግለፁ፡
 ከ30 ቀናት በታች 1 – 3 ወር 3 – 6 ወር
 6 – 9 ወራት 9 – 12 ወር ከ12 ወር ወይ ከዛ በላይ

የሰጡት መረጃ ሆኖ ትክክል እንደሆነ አረጋግጣለሁ፡፡

ፊርማ	የተፈረመበት ቀን	ስልክ ቁጥር (ከአካባቢ ኮድ) ()
ስምትን እዚህ ይጻፉ	ርእስ/ሞያ**	
አድራሻ	ከተማ	ስቴት ዚፕ ኮድ

** ይህ ቅጽ በሚከተሉት ሊፈረም ይችላል፡ ህኪም፣ የህኪም አማካሪ፣ የህኪም ፅህፈት ቤት ሕጋዊ ወኪል፣ ነርስ፣ አስተዳዳሪ፣ ፍቃድ ያለው ስነ አእምሮ ባለሙያ፣ የሀሺሽና አልኮል ስላሾች አማካሪ፣ እውቅና የተሰጠው የአእምሮ ጤና አማካሪ፣ ፍቃድ ያለው የግል ክሊኒክ ማሕበራዊ ሰራተኛ፣ እውቅና የተሰጠው ሕጋዊ ማሕበራዊ ሰራተኛ ወይ ህጋዊ አዋላጅ፡፡ በማገገምያ ወይ ምክር መርሀግብር (ክፍል 2) ላይ የሚሳተፉትን ግለሰቦች ለማረጋገጥ፣ የዚህ መርሀግብር ዳይሬክተር ወይ የግል አማካሪውም ጭምር ይህን መግለጫ መፈረም አለባቸው፡፡