

የዲ.ሲ. ሂልዝኬር አላያንስ የጤና ዋስትና ፕሮግራም

የግል ጤና ግምገማ ፎርም:- የጤና ዋስትናዎ እርስዎንና ቤተሰብዎን እንዲንከባከብዎት የሚከተሉትን ጥያቄዎች ስለእርስዎና ስለቤተሰብዎ ይመልሱ። ተጨማሪ ቦታ ካስፈለግዎት ከዚህ ፎርም ጀርባ ይጻፉ።

የቤተሰብ ኃላፊ ስም:- _____ ቀን:- _____

የአላያንስ ቁጥር:- _____ ሶሻል ሴክዩሪቲ(መስጠት ከፈለጉ):- _____

1. እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል በሚቀጥለው ወር ውስጥ የዶክተር ቀጠሮ አላችሁ? መልሱ አዎን ከሆነ የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የዶክተሩ ስም	የቀጠሮው ቀን

2. እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ዶክተር ያዘዘው መድኃኒት ትወስዳላችሁ? መልሱ አዎን ከሆነ የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የመድኃኒቱ ስም	መድኃኒቱ የሚያልቅበት ቀን

3. እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል የቤት ውስጥ ጥንቃቄ ታገኛላችሁ? መልሱ አዎን ከሆነ የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የጥንቃቄው ዓይነት (የሆም ሂልዝ ድርጅት፣ ወዘተ.)

4. እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ነፍሰጤር ናችሁ? መልሱ አዎን ከሆነ የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የዶክተሩ ስም	የሚወልዱበት ቀን

5. እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል በመጨረሻ ዶክተር ያዩበት ቀን መቼ ነው? መልሱ አዎን ከሆነ የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የዶክተሩ ስም	የቀጠሮው ቀን

6. እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል በመጨረሻ የጥርስ ሐኪም ያዩበት ቀን መቼ ነው? የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የጥርስ ሐኪሙ ስም	የቀጠሮው ቀን

7. የጤና ዋስትናችሁ ማወቅ ያለበት እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ያለባችሁ ሕመም ወይም የምትወስዱት ሕክምና አለ? መልሱ አዎን ከሆነ የሚከተለውን ፎርም ይሙሉ:-

የቤተሰብዎ አባል ስም	የሕክምና ዓይነቱን በዝርዝር ይናገሩ

በተላክልዎት ፖስታ ውስጥ ከተው ይመልሱ- ቱምብር አያስፈልግም። ወይም የእርዳታ መስመሩ ጋር በስልክ ቁጥር 202-639-4030 ይደውሉ። እናመሰግናለን።