



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

የቀደመ ትምህርት ክፍል የፈቃድ አሰጣጥ እና የትግበራ ክፍል

የልጅ የድንገተኛ ህክምና ፈቃድ (በየዓመቱ ያሻሽሉ)

ልጄ _____ ፣ የተወለደው/የተወለደችው _____ / _____ / _____ ፣
ቢታመም/ብትታመም ወይም አደጋ ቢደርስበት/ባት እና እኔን ማግኘት ካልተቻለ፤ የሚከተለው ሆስፒታል ወይም ህኪም አስፈላጊውን
የድንገተኛ ህክምና እንዲሰጥ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።

ሆስፒታል፣ _____

አድራሻ፣ _____
ወይም፣ _____

ህኪም፣ _____ ሜዲካል ዳይሬክተር የስልክ
ቁጥር፣ _____
(የአካባቢ ኮድ)

አድራሻ፣ _____

እኔ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ _____ ፣ የሚገኝበት ስፍራ
_____ የተቋም ወይም የተንከባካቢ ስም
_____ ፣ ልጄን ለህክምና እንዲወስዱ።

እኔ በሚከተሉት ከተሸፈኑት ውጪ፣ የልጄን ህክምና ለመሸፈን የወጣውን ማንኛውንም አስፈላጊ ወጪ የመሸፈን ሀላፊነት እወስዳለሁ።

የጤና መድን ኩባንያ _____

የፖሊሲው ባለቤት ስም፣ _____ ክልል/ጅቷ ጋር ያላቸው ግንኙነት፣ _____

የፖሊሲ ቁጥር፣ _____ ሽፋን፣ _____

የMedicaid ቁጥር፣ _____ ክልል፣ DC MD VA

የልጄ/ጅቷ የታወቀ አለርጂዎች ወይም የአካል ሁኔታዎች፣ _____

የወላጅ / አሳዳጊ ፊርማ፣ _____ ክልል/ጅቷ ጋር ያላቸው ግንኙነት፣ _____

አድራሻ፣ _____

የስልክ ቁጥር፣ _____
የቤት _____ የሥራ _____ የሞባይል ቁጥር፣ _____

ቀን፣ _____ የተሻሻለበት ቀን፣ _____
ወር/ቀን/ዓመት ወር/ቀን/ዓመት

በልጄ/ጅቷ ጭደር/ሪከርድ ላይ ያለው ቦታ