

▪If you need help understanding this notice, please call (202)724-5506. We will explain it to you in your preferred language. You can also Fax us at (202) 535-1663.

▪ ይህንን ማሳሰቢያ ለመረዳት እገዛ ከፈለጉ፣ እባክዎን በ(202)724-5506 ይደውሉ። በመረጡት ቋንቋ እንገልጽልዎታለን። በ(202) 535-1663 ፋክስ ሊያደርጉም ይችላሉ።

▪Si necesita ayuda para entender este aviso, por favor llamar al (202)724-5506. Le explicaremos en el idioma de su preferencia. También puede enviar un fax al (202) 535-1663.

▪Si vous avez des difficultés à comprendre cet avis, n’hésitez pas à appeler le (202)724-5506. Nous vous donnerons des explications dans votre langue préférée. Vous pouvez également nous atteindre par fax au (202) 535-1663.

▪ 본 내용을 이해하는 데 도움이 필요하신 경우, (202)724-5506번으로 연락해 주십시오. 담 당직원이 원하시는 언어로 해당내용을 설명해드릴 것입니다. (202) 535-1663 번으로 팩스를 보내실 수도 있습니다.

▪ 如果您需要帮助以理解本通知，请致电(202)724-5506。我们将采用您的首选语言向您解释本通知。您还可向我们发送传真：(202) 535-1663

▪ 如果您需要幫助以理解本通知，請致電(202)724-5506。我們將採用您的首選語言向您解釋本通知。您還可向我們發送傳真：(202) 535-1663。

▪Néu cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông báo này, xin gọi số (202)724-5506. Chúng tôi sẽ giải thích thông báo này cho quý vị bằng ngôn ngữ quý vị chọn. Quý vị cũng có thể gửi điện sao (fax) đến chúng tôi theo số (202) 535-1663.



## የሜዲኬር የቁጠባ ፕሮግራም ማመልከቻ

### ብቁ ለሆኑ ብቻ የሜዲኬር ተጠቃሚዎች ፕሮግራም (QMB)

**መመሪያዎች:**

ይህ ማመልከቻ የወር ክፍያዎችን፣ ለኢንሹራንስ የሚከፍሉት የእርስዎ ድርሻን፣ በዓመት ውስጥ የእርስዎ የክፍያ ድርሻ ሊሆን የሚችሉን እና በሐኪም የታዘዘ የመድኃኒት ክፍያዎችን ጨምሮ የሜዲኬር ወጪዎችን ለመክፈል እገዛ ለሚሹ ግለሰቦች ነው። ሜዲኬር የጤና ኢንሹራንስ ሰጪዎ በመሆን ስለሚቀጥል፣ በወቅቱ ካለዎት ሐኪሞች ጋር የሥራ ግንኙነት ሊቀጥል ይችላሉ።

ይህ የሜዲኬር የክፍያ እርዳታ እገዛ፣ የገንዘብ እገዛ ወይም የፋድ ስታምፕ ካልሆነ በስተቀር የሜዲኬር ኢንሹራንስ የማግኛ ማመልከቻ አይደለም። ለእነዚህን ፕሮግራሞች ማመልከት ከፈለጉ፣ በሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHS)፣ የኢኮኖሚ ዋስትና አስተዳደር (ESA) የእርዳታ መጠየቂያን በ202.727.5355 በመደወል ወደነዚህ ፕሮግራሞች እንዴት ማመልከት እንደሚቻል መረጃ ለመጠየቅ ማነጋገር ይኖርብዎታል።

ለማመልከት ወይም ማመልከቻውን ለማጠናቀቅ እርዳታ ከፈለጉ፣ በጆርጅ ዋሽንግተን ዩኒቨርሲቲ የጤና ኢንሹራንስ ምክር ፕሮጀክት የጤና ኢንሹራንስ ማማከሪያ ፕሮጀክት (HICP) እርዳታ መጠየቅ ይችላሉ፡

- በኢሜል: [DCHICP@gmail.com](mailto:DCHICP@gmail.com)
- በስልክ: 202.994.6272
- በፋክስ: 202.994.6441

የተጠናቀቀውን ማመልከቻ እና ደጋፊ ሰነዶችንም መላክ ይችላሉ፡

- በፖስታ መላኪያ አድራሻ  
 Economic Security Administration Medicaid Branch  
 645 H St. NE 5<sup>th</sup> Floor  
 Washington, DC 20002
- በአቅራቢያዎ በሚገኝ የአገልግሎት ማዕከል በአካል በመቅረብ  
 የትኛው የአገልግሎት ማዕከል ቅርብዎ እንደሚገኝ ለማወቅ በ202.724.5506 ይደውሉ።

የማመልከቻዎን ሂደት ለማከናወን ደጋፊ ሰነዶችን ለሚከተሉትን የመረጃ ክፍሎች ማቅረብ ያስፈልግዎታል። አሪጂናል መረጃዎችን እንዳይልኩ። የሰነዶችን ቅጂዎች ከማመልከቻዎ ጋር ይላኩ። ለእያንዳንዱ ክፍል ሊያያዙት የሚችሏቸው ደጋፊ ሰነዶች ምሳሌዎች በጥቂቱ የሚከተሉት ናቸው፡

- የዲሲ ነዋሪነት ማረጋገጫ
  - አንዳንድ ምሳሌዎች እነዚህን ጨምሮ፡ የዲሲ የመንጃ ፈቃድ፣ መሠረታዊ አገልግሎትን ለመጠቀም የከፈሉበት ደረሰኝ፣ የምርጫ ምዝገባ ካርድ፣ የኪራይ ደረሰኝ፣ የኪራይ ስምምነት፣ ከመጠለያ ቤት የተጻፈ የተፈረመ ደብዳቤ፣ ወይም ከአከራይዎ በአሁኑ ወቅት ያሉበትን የዲሲ አድራሻ የሚያሳይ መግለጫ
- የሜዲኬር ምዝገባ ማረጋገጫ
  - የሜዲኬር ካርድ ቅጂ (ፊት እና ጀርባው)
- የገቢ ማረጋገጫ
  - አንዳንድ ምሳሌዎች እነዚህን ጨምሮ፡ የጡረታ ደብዳቤ፣ ሕዝባዊ አገልግሎት የተሰጠበት ደብዳቤ፣ የአበል ዝርዝር፣ ከዘመቻ ተመላሽ ጥቅማ ጥቅሞች ደብዳቤ፣ የማህበራዊ ዋስትና ያገኙበት ደብዳቤ፣ የደምዘ ክፍያ ቀሪ፣ የግል-ተቀጣሪነት መረጃ፣ የቀጣሪ መግለጫ

**ጠቃሚ ማስታወሻ፡** በባንክ መግለጫ ላይ ገቢ ወደባንክ የገባበት ዝርዝር ለገቢዎ እንደማረጋገጫነት በመሆን ተቀባይነት አይኖረውም።
- ሌላ የጤና ኢንሹራንስ ማረጋገጫ
  - አንዳንድ ምሳሌዎች እነዚህን ጨምሮ፡ የተጨማሪ ኢንሹራንስ ኮፒ፣ የጡረተኛ የጤና ኢንሹራንስ፣ የግል ኢንሹራንስ (ፊት እና ጀርባው)

የማመልከቻውን ክፍሎች በሙሉ ያጠናቁ

ክፍል 1: የግል መረጃ

ሥም: ሜዲኬር ካርድዎ ላይ እንዳለው		ሶሻል ሴኩሪቲ ቁጥር:	
የትውልድ ቀን:	ያታ: <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት	የትዳር ሁኔታ:	<input type="checkbox"/> ያላገባ <input type="checkbox"/> የፈታ <input type="checkbox"/> ያገባ <input type="checkbox"/> ባል/ሚስት የሞተበት
የመንገድ አድራሻ:			
ከተማ:	ስቴት:	ዚፕ ኮድ:	ስልክ:
ደብዳቤ መላኪያ አድራሻ፣ ከላይ ከተገለጸው ጋር ልዩነት ካለው			
ቤት አልባ ነዎት?		<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> የለም
ቤት አልባ ከሆኑ በኩሎምቢያ ዲስትሪክ ለመቆየት እቅድ አለዎት?		<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> የለም
ባለቤት አለዎት?		<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> የለም
ለባለቤትዎ የQMB ጥቅማ ጥቅሞችን ማመልከት ይፈልጋሉ?			

ክፍል 2: የባለቤትዎ መረጃ: ባለቤትዎ የQMB ፕሮግራምን ለማመልከት መሙላት አለባቸው። ባለቤትዎ ለማመልከት የማይፈልጉ ከሆነ መረጃውን/ዎን የSSN ቁጥሩን/ሯን ጨምሮ ለመስጠት ሙሉ በሙሉ በፍላጎት ላይ የተመሰረተ ነው። የባለቤትዎ SSN ቁጥር ለQMB ብቃትዎን ለማረጋገጥ ገቢውን/ዎን ለማረጋገጥ ብቻ ጥቅም ላይ ይውላል። ማመልከቻዎን በወቅቱ ለማካሄድ እንዲረዳን የባለቤትዎ የSSN ቁጥር ገቢውን/ዎን ለማረጋገጥ ሊያስፈልገን እንደሚችል እባክዎን ያስታውሱ።

ሥም: ሜዲኬር ካርድዎ ላይ እንዳለው		የባለቤትዎ የሶሻል ሴኩሪቲ ቁጥር:
የባለቤትዎ የትውልድ ቀን:	የባለቤትዎ ያታ: <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት	የባለቤትዎ አድራሻ፣ ከላይ ከተገለጸው ጋር ልዩነት ካለው

**ክፍል 3: የሜዲኬር መረጃ (ከሜዲኬር ካርድ ላይ)**

<p>ሜዲኬር አለዎት?  <input type="checkbox"/> አዎ      <input type="checkbox"/> የለም</p>	<p>የኢንሹራንስ አይነት  <input type="checkbox"/> Part A    <input type="checkbox"/> Part B</p>	<p>የሜዲኬር መለያ ቁጥር #</p>	<p>Part A: የጀመረበት ቀን</p> <p>Part B: የጀመረበት ቀን</p>
<p>በለቤትዎ ሜዲኬር አላቸው?  <input type="checkbox"/> አዎ      <input type="checkbox"/> የለም</p>	<p>የኢንሹራንስ አይነት  <input type="checkbox"/> Part A    <input type="checkbox"/> Part B</p>	<p>የሜዲኬር መለያ ቁጥር #</p>	<p>Part A: የጀመረበት ቀን</p> <p>Part B: የጀመረበት ቀን</p>

**ክፍል 4: ሌላ የጤና ኢንሹራንስ**

ሌላ ኢንሹራንስ አለዎት?

አዎ

የለም

ባለቤትዎ ሌላ ኢንሹራንስ አላቸው?

አዎ

የለም

እርስዎ ወይም ባለቤትዎ ሌላ ኢንሹራንስ ካላችሁ፣ ከዚህ በታች የሚገኘውን ያጠናቁና የኢንሹራንስ ካርድ (ዶቶን) ቅጂ (ፊት እና ጀርባውን) እባክዎን ያያይዙ።

የኢንሹራንስ ገቢው ሥም	የድርጅቱ ስምና አድራሻ	ወርታዊ ክፍያ	የፖሊሲው ቁጥር	ኢንሹራንስ አይነት
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

**ክፍል 5: ገቢ:**

በአሁኑ ወቅት እርስዎ እና/ወይም ባለቤትዎ የሚያገኙት ወይም ለማግኘት ያመለከቱት ማንኛውም አይነት ገቢ ካለ ይንገሩን። ጠቅላላ ገቢውን ከታክስ እና ሌሎች ቅንሰናሾች በፊት ድምሩን ይዘርዝሩ።

የጥቅማ ጥቅም/ገቢ አይነት	የሚያገኙት ገቢ ወይም ጥቅም ጥቅም	ገቢ ወይም ጥቅም የሚያገኘው/ች ግለሰብ/ቦች	ድምር	ማመልከቻው ያለበት ሁኔታ	ካመለከቱ፣ የማመልከቻው ወይም የተከለከለበት ቀን
	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> እኔ እራሴ <input type="checkbox"/> ባለቤቴ	\$	<input type="checkbox"/> በመቀበል ላይ <input type="checkbox"/> ማመልከቻ ገብቷል <input type="checkbox"/> ተከልክሏል	
	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> እኔ እራሴ <input type="checkbox"/> ባለቤቴ	\$	<input type="checkbox"/> በመቀበል ላይ <input type="checkbox"/> ማመልከቻ ገብቷል <input type="checkbox"/> ተከልክሏል	
	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> እኔ እራሴ <input type="checkbox"/> ባለቤቴ	\$	<input type="checkbox"/> በመቀበል ላይ <input type="checkbox"/> ማመልከቻ ገብቷል <input type="checkbox"/> ተከልክሏል	

**ክፍል 6: ሥልጣን የተሰጠው ተወካይ ሌላ ሰው ተጠሪ እንዲሆን ወይም እንዲወክል ይፈልጋሉ?**  አዎ  የለም

የግለሰቡ ሥም	ዝምድና	አድራሻ	ስልክ ቁጥር

**ክፍል 7: በፍላጎት የሚመለሱ ጥያቄዎች**

ብሔርዎ:  ሂንዱ/ቲቢቲ  ሂንዱ/ቲቢቲ ያልሆነ

ዘርዎ:  ጥቁር/አፍሪካዊ-አሜሪካዊ  አሜሪካን ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ  ነጭ  እስያዊ

የሃዋይ ተወላጅ ወይም ሌላ ፓሲፊክ አይላንደር

የሚመርጡት ቋንቋ:  እንግሊዝኛ  ስፓኒሽ  አማርኛ  ሌላ \_\_\_\_\_

**ክፍል 8: ፊርማ (ሁሉም ሳጥኖች ምልክት መደረግ አለባቸው)**

- ከዚህ በታች ባኖርኩት ፊርማ፣ ስለእኔ እና ስለባለቤቴ የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHS) ማንኛውንም መረጃ እንዲያገኝ ፈቃድ ሰጥቻለሁ። DHS ስለሁኔታዬ ከሚያውቁ ሹሞች ወይም መስሪያ ቤቶች ይህን መረጃ ሊያገኝ ይችላል። እነዚህ አካላት ለDHS ስለእኔ መረጃ እንዲሰጡ ፈቃድ ሰጥቻለሁ። በማመልከቻዬ ላይ የሚገኘውን መረጃ ተመልክቼ፣ በጠቅላላ ማመልከቻው ላይ የሚገኘው መረጃ በሙሉ እውነተኛ እና ትክክለኛ መሆኑን አምኜ አስፍራለሁ። ሐሰተኛ መረጃ ከሰጠሁ፣ ሕግን ልጥስ እንደምችልና በወንጀል ልከሰስና ልቀጣ እንደምችል አውቃለሁ። የስቴቱ እና የፌዴራል ቢሮዎች መረጃዬ እንደሚያጣሩ አውቃለሁ። ሊከናወኑ የሚገባቸውን ማጣራቶች ለማገዝና ለመተባበር ተስማምቻለሁ።
- መብቶቼን እና ሃላፊነቶቼን የሚገልጽ ቅጂ መቀበሌን አረጋግጣለሁ። መብቶቼንና ሃላፊነቶቼን ተረድቼና አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ ለመተባበር ተስማምቻለሁ።
- ይህ ማመልከቻ የሜዲኬር፣ ፉድ ስታምፕ፣ ወይም የገንዘብ እገዛ ክፍያን ለማገዝ ካልሆነ በስተቀር የሜዲኬድ ኢንሹራንስ ለማግኘት እንዳልሆነ ተረድቻለሁ። እነዚህን ጥቅማ ጥቅሞች ለማግኘት ማመልከት ካስፈለገኝ ESAን በ202.727.5355 ማነጋገር እንዳለብኝና ማመልከቻ እና/ወይም መረጃ መጠየቅ እንዳለብኝ ተረድቻለሁ።

የአመልካች ፊርማ: \_\_\_\_\_ ቀን: \_\_\_\_\_

ሥልጣን የተሰጠው ተወካይ: \_\_\_\_\_ ቀን: \_\_\_\_\_

## የሙብት እና ግዴታዎች መግለጫ

### አጠቃላይ ሕግጋት

እውነተኛ እና የተሟላ መረጃ መስጠት አለብዎት። ከዋሾ ወይም ሐሰተኛ መረጃ ከሰጡ፣ ጥቅማ ጥቅምዎን ያጣሉ። ቅጣት ሊቀጠና እስር ቤት ሊገቡ ይችላሉ። መረጃዎ ትክክለኛ መሆኑን ለማረጋገጥ ማጣሪያ እናደርግ ይሆናል። ገቢዎን፣ የሶሻል ሴኩራቲ መረጃዎችን፣ እና የኢሚግሬሽን ሁኔታዎን ልናጣራ እንችል ይሆናል። ይህንን መረጃ የምናጣራው በኮምፒውተር ማመሳሰያ ፕሮግራሞች ይሆናል። ቃለ መጠይቅ ልናደርግልዎ ወይም ቤትዎ ልንመጣ እንችል ይሆናል።

የእርስዎ ጉዳይ በጥራት ቁጥጥር ግምገማ ይመረጥ ይሆናል። ይህ አጠቃላይ መረጃዎትን በስፋት የሚመረምር ይሆናል። የግል ቃለ መጠይቆችንና የሕክምና መረጃዎትን ጨምሮ የሚመረምር ሊሆን ይችላል። ከማመከቻዎ ጋር ከስቴቱ እና ከፌዴራል መርማሪዎች ጋር ለመተባበር ተስማምተዋል። ለመተባበር ፍቃደኛ ካልሆኑ ጥቅማ ጥቅሞችን በሙሉ ወይም በክፊል ሊያጡ ይችላሉ። በምርመራ ላይ ከሆኑ ወይም ሕግን ለማስወገድ ከሸጡ፣ መረጃዎችዎን ለፌዴራል እና ለአገር ውስጥ ድርጅቶች ልንሰጥ እንችላለን።

በፌዴራል እና ዲስትሪክት ሕግ መሰረት በእገዛ ክፍል (assistance unit) ውስጥ የሚገኙ ከሆኑ፣ የሶሻል ሴኩራቲ ቁጥጥርን (ካለዎት) መስጠት አለብዎት። (42 CFR 435.910 እና §4-217.07 ይመልከቱ) የእርስዎ SSN ማንነትዎን ለማጣራት፣ ተደጋጋሚ ጥቅማ ጥቅሞችን መቀበልን ለመከላከል፣ እና አስፈላጊ የሆኑ ለውጦችን ለማድረግ ያገለግላል። The በOHS የDHS ኮምፒውተር ዘዴ የአገር ውስጥ ገቢ አገልግሎትን፣ የሶሻል ሴኩራቲ አስተዳደር፣ እና የዲ.ሲ. የልጅ እገዛ አገልግሎት ክፍል (CSSD)ን መረጃ በመጠቀም የርስዎን SSN በመጠቀም ገቢዎን ያረጋግጣል።

### የሕክምና እገዛ ሕግጋት

ማመልከቻውን ካሰጡ ከ45 ቀናት በኋላ (ወይም ESA የአካል ጉዳተኛ መሆንዎን ማረጋገጥ ካለበት ከ90 ቀናት በኋላ) ስለሕክምና እገዛዎ ውሳኔ ያገኛሉ። በዚህ ጊዜ ውስጥ መልስ ካላገኙ፣ እባክዎን የESA ሰራተኛዎን ወይም በ(202) 727-5355 ይደውሉ። ለሜዲኬይድ ነፃ የሕግ አገልግሎት ማግኘት ከፈለጉ፣ ቴሪስ፣ ፕራቭሊክ እና ሚላንን በ(202) 682-0578 ያነጋግሩ ወይም በደብዳቤ ለThurgood Marshall Center, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009 መላክ ይችላሉ።

የሕክምና እገዛ ካገኙ፣ የማሳደሻ ማስታወቂያ ስንልክልዎ በየዓመቱ እንደገና ማሳደስ ይኖርብዎታል። የሕክምና እገዛ ለማግኘት ማንኛውም አይነት የጊዜ ገደብ የለውም።

**ንብረት ማግኛ እና ብቁ የሆነ የሜዲኬር ጥቅሞች ማግኛ ፕሮግራም:** ከፕሮ 1 ቀን 2010 ዓ.ም ጀምሮ፣ ክፍል115 በሆነው የሜዲኬር ለታካሚዎችና ለአገልግሎት ሰጪዎች የማሻሻያ ድንገጤ (MIPPA)፣ የሜዲኬር ክፍያ የሆነውን ብቁ የሜዲኬር ጥቅም አግኚዎችን በመወከል የሜዲኬር የዋጋ መጋራት ወጪን እንዲያነሱ ስቴቱ ይከለክላል። ዲስትሪክቱ የሜዲኬር የዋጋ መጋራት ክፍያዎችን ለማግኘት መጠየቅ አይችልም። ጥያቄዎች ካለዎት በ(202) 442-9075 ይደውሉ።

**ክለፍ:** ስለሕክምና ይገባኛል ጥያቄ ወይም ጉዳት ሶስተኛ ወገንን ከከሰሱ ወይም የድርድር ስምምነት ውስጥ ከገቡ፣ የእርምጃዎን የፅሁፍ ማስታወቂያ በ20 ቀናት የቀን አቆጣጠር ቀመር ለሕክምና እገዛ አስተዳደር Third Party Liability Section, 825 N. Capitol St., NE, 4th Floor, Washington, DC 20002 (በግንባር በተሰጠ ደብዳቤ ወይም በአደራ ደብዳቤ) ማቅረብ አለብዎት። ጥያቄዎች ካለዎት በ(202) 442-9075 ይደውሉ።

### እድሳት

የማሳደሻውን ማስታወቂያ በደብዳቤ እንልክለን። የሕክምና እገዛ የሚያገኙ ከሆኑ፣ ቅጹን ይሙሉና ወደ ESA መልሰው ይላኩ። እድሳት ካላደረጉ ጥቅማ ጥቅሞችዎን ያጣሉ። እንዲሁም፣ መኖሪያዎን ከለወጡ እባክዎን ያሳውቁን። የአድራሻ ለውጡን ለማሳወቅ **(202) 727-5355** መደወል ብቻ ነው።

### ለውጦችን ማሳወቅ

በገቢ፣ በአድራሻ፣ የሜዲኬር ጉዳይ ያለበት ሁኔታ፣ እና አብሮዎት የሚኖሩ ሰዎች ላይ ለውጥ ሲኖር ማሳወቅ ይኖርብዎታል። ለውጦችን ለማሳወቅ በ**(202) 727-5355** ይደውሉ። ለውጡ ከተደረገ በወሩ 10ኛ ቀን በፊት መደወል አለብዎት።



**ሚስጥር መጠበቅ**

በዚህ ማመልከቻ፣ ESA ከቀጣሪዎ፣ ከአከራይዎ፣ ከባንክዎ፣ ከሐኪምዎ እና ሌሎች ስለእርስዎ መረጃ ካላቸው ሰዎች ጋር እንዲነጋገር ፈቃድ ሰጥተዋል። እነዚህንም ሰዎች ለESA ስለርስዎ መረጃ እንዲሰጡም ፈቅደዋል። በተጨማሪም፣ ESA የተሽከርካሪ ሰነድዎን፣ የደግሞ የመረጃዎን፣ የታክስ መረጃዎን፣ እና ሌሎች የመንግስት ሰነዶችን እንዲያይም ፈቅደዋል። በእርግጥም ESA ማንኛውንም መረጃ በሚስጥር ይጠብቃል። ESA መረጃዎን (በሕግ ካልጠየቀ በቀር) ካለፈቃድዎ መረጃዎትን አይሰጥም።

**እኩልነት እና አድልዎ አልባነት**

በፌዴራል ሕግ እና በአሜሪካ የጤና እና የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ (HHS) ፖሊሲ መሠረት፣ ይህ ተቋም በዘር፣ በቀለም፣ በብሔር አመጣጥ፣ በጾታ፣ በዕድሜ፣ ወይም በጉዳተኝነት ላይ በተመሰረተ አድልዎ ማድረግ የተከለከለ ነው። የአድልዎ አቤቱታ ፋይል ለማድረግ፣ ለHHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 ይጻፉ ወይም በ(202) 619- 0403 (voice) ይደውሉ ወይም (202) 619-3257 (TDD). HHS ለሁሉም በዕኩልነት የሚያገለግል እና የሚቀጥር ነው።

በተሻሻለው፣ በ1977 የDC ሰብዓዊ መብቶች ድንጋጌ መሠረት፣ የDC Official Code § 2- 1401.01 et seq., (ድንጋጌ) የኮሎምቢያ ዲስትሪክት አሁን ባለው ወይም ቀድሞ በነበረው፣ በዘር፣ በቀለም፣ በሐይማኖት፣ በብሔር አመጣጥ፣ በጾታ፣ በእድሜ፣ በጋብቻ ሁኔታ፣ በገጽታ፣ በጾታ ማንነት፣ በጾታ አገላለጽ፣ በቤተሰብ ሁኔታ፣ በቤተሰብ ኃላፊነት፣ በትምህርት ደረጃ፣ የፖለቲካ አመለካከት፣ የዘር መረጃ ወይም አገላለጽ፣ አካል ጉዳት፣ በገቢ ምንጭ፣ በመኖሪያ ወይም በመስሪያ ቤት አድራሻ አድልዎ አያደርግም። የወሲብ ማዋከብ በወሲብ የሚደረግ የአድልዎ አይነት ስለሆነ፣ በድንጋጌው ይከለከላል። በተጨማሪም፣ ከላይ በተጠቀሱት ማንኛውም ጥበቃ የተደረገለት ክፍሎች የሚደረግ ማዋከብ በድንጋጌው የተከለከለ ነው። ድንጋጌውን በመጣስ የሚደረግ አድልዎ በትዕግስት አይታለፍም። ጥሰቱን የሚፈጽሙ ለአድልዎ ውሳኔው ተገዢ ይሆናሉ።

**ፍትሐዊ መደመጥ**

ESA ስህተት ፈጽሟል ብለው ካሰቡ፣ ፍትሐዊ መደመጥን ማግኘት ይችላሉ። በ(202)-698-4650 በመደወል የበለጠ መረዳት ይችላሉ። በ(202) 727-8280 ቁጥርም መደወል ይችላሉ። በፍትሐዊ መደመጥ ጊዜ፣ ሌላ ሰው እርስዎን ወክሎ እንዲናገርልዎ ማድረግ ይችላሉ። ይህም ጠበቃ፣ ጓደኛ፣ ዘመድ፣ ወይም ሌላ ሰው ሊሆን ይችላል። ምስክርም ማምጣት ይችላሉ። ወደፍትሐዊ መደመጥ መጓጓዣውን ለእርስዎ እና ለምስክርዎ እንክፍላለን። ሌሎች ክፍያዎችንም ልንከፍል እንችል ይሆናል። ለፍትሐዊ መደመጥ ነፃ የሕግ እርዳታ ሊገኙዎት ይችላሉ። ከዚህ በታች ከተዘረዘሩት ድርጅቶች አንዱን በመደወል ጠበቃ ወይም አማካሪ ማነጋሪ ይችላሉ።

**ነፃ የሕግ እርዳታ**

Neighborhood Legal Services  
2811 Pennsylvania Ave, SE  
(202) 678-2000  
(202) 832-6577

Legal Aid Society  
1331 H St., NW Suite 350  
(202) 628-1161

Health Insurance Counseling Project  
2000 G St., NW  
(202) 994-6272