

Magaca Codsadaha _____
Magaca Dambe Koowaad Dhexe

Ciwaanka Wadada _____

Magaalada _____ Gobalka _____ Koodhka Boostada _____ Taleefanka _____

*Taariikhda Adeegga _____

Lambarka Akoonka _____

1. Bukaanku ma yahay Muwaadin Mareykan ah? ☐ Haa ☐ Maya
2. Bukaanku miyuu ku nool yahay Ohio waqtiga uu helaayo/helayso adeegga? ☐ Haa ☐ Maya
3. Bukaanku ma ahaa bukaan qaadanayay Medicaid waqtiga uu qaadanayay/qaadanaysay adeegga? ☐ Haa ☐ Maya
Haddii jawaabtu haa tahay, sheeg lambarka aqoonisga qofka helaya Medicaid: _____
4. Bukaanku ma haystay caymis caafimaad (oo aan ka ahayn Medicaid) waqtiga uu helayay/helaysay adeegga? ☐ Haa ☐ Maya
Haddii jawaabtu haa tahay, sheeg magaca caymiska: _____

Bixi dhammaan xogta loo baahan yahay ee la xariirta codsadhaha iyo qof kasta oo ku nool gurigiisa/gurigeeda.

Magaca Buuxa	Taariikhda Dhalashada	Xiriirka Kala dhaxeeya Codsadhaha	Dakhliga Guud		
			Isha Dakhliga (Tusaale ahaan, Shaqada, SSI, Masruufka Ilmaha, Taageerada Ilmaha)	3 billood kahor taariikhdii hore ee adeegga	12 billood kahor taariikhdii hore ee adeegga

Haddii aad soo gudbisso \$0 ama dakhli yar, hoos ku bixi sharaxaad kooban oo ku saabsan sida aad u dabarto baahiyaha aasaasiga ah, oo ay ku jiraan cidda ku siisa hooyga, cuntada, gaadiidka, adeegyada korontada, dharka iyo muddada qofkaan iyo/ama hay'adaan ku taageeraysay.

DAKHLIGA aad ka hesho (dhammaan xubnaha qoysla)

*Calaamadee dhammaan meelaha ku khuseeya ***

- ☐ Nuqulada waraaqaha mushaarka ee hadda iyo kuwii Sannadkii hore W2s
- ☐ Soosha Sekuuritiga / Hawlgabka / Warqadda Dheefta Naafada
- ☐ Magdhowga SHaqo La'aanta
- ☐ Dakhliga aad ka hesho Ganacsigaaga
- ☐ Taageerada Ilmaha ama Masruufka Ilmaha
- ☐ Wax kale: _____

LACAGTA KAASHKA AH (dhammaan xubnaha qoyska)

*Calaamadee dhammaan meelaha ku khuseeya ***

- ☐ Kaash
- ☐ Bayaanka Akoonka lacagta caddaanka ah / Akoonka Kaydka
- ☐ Wax kale: _____

**** Haddii la calaamadiyo, waxaa lagaaga baahan doonaa inaad soo geliso/inaad bixiso dukumiinti taageeraya**

Soo celi foomkaan oo ay la socdaan dukumiintiga taageerada:

Nidaamka Caafimaadka Avita

Fiiro: Patient Services
 269 Portland Way S
 Galion, OH 44833

Fakiska: 419-462-4582

Si aad u hesho caawimaad wac:
 419-468-0512

Waxaan fahamsanahay in haddii aan si ula kac ah u bixiyo macluumaad been ah ama aan qariyo wax macluumaad ah oo ku saabsan xaalad kasta, in la igu soo oogi karo dacwad khiyaano ah. Marka aan saxiixo codsigaan, waxaan oggolaanayaa in la sii shaaciyi macluumaad kasta oo loo baahan yahay si loo go'aamiyo u-qalmiitaankayga, ayadoon laga reebayn xaqiijinta ciwaanka, jeegaga deynta ee xafiiska amaahda qaranka, jeega hantida iyada oo la maraayo Qiimeeyaha Canshuuraha Degmada, iyo xaqiijinta dhammaan faa'iidooyinka la liis gareeyay.

Saxiixa _____ **Taariikhda** _____