



Office of Housing
(የቤቶች ጽ/ቤት)
 421 King St., Ste. 215
 Alexandria, Virginia 22314
 703.746.4990

የደንበኛ ፍቃድ
COVID-19 የአደጋ ጊዜ የኪራይ እጭይታ
የእገዛ መርሃ-ግብር

የተለያዩ ኤጀንሲዎች የተለያዩ አገልግሎቶች እና ጥቅሞች እንደሚሰጡ አረዳለሁ። እያንዳንዱ ኤጀንሲ አገልግሎቶችን እና ጥቅሞችን ለማቅረብ የተለየ መረጃ ሊኖረው ይገባል። ይህን ቅጽ በመፈረም ኤጀንሲዎች እነዚህን አገልግሎቶች ወይም ጥቅሞች ለማቅረብ ወይም ለማስተባበር በብቃት አብረው መሥራት እንዲቀላቸው በኤሌክትሮኒክ የመረጃ ቋት (database) ውስጥ ያለ መረጃን ጨምሮ፣ ስለ እኔ የተወሰኑ መረጃዎችን እንዲጠቀሙባቸው እና እንዲለዋወጡ ፈቅጃለሁ።

እኔ _____ ፣ ይህን ቅጽ ለ _____ እየፈረምኩ ነው።
 (ለተስማሚ ሰው ወይም ለግለሰቦች ሙሉ የታተመ ስም) (የደንበኛ ሙሉ የታተመ ስም)

የደንበኛ መረጃ			
አድራሻ			
የትውልድ ቀንና ዘመን			
ከግለሰቡ ጋር ያለኝ ግንኙነት	በግል	ወላጅ	ሌላ በሕግ ፈቃድ የተሰጠው ተወካይ
	የውክልና ስልጣን	አሳዳጊ	

ስለ ግለሰቡ የሚከተሉትን ምስጢራዊ መረጃዎች እንዲለዋወጥ አፈልጋለሁ፡-

አዎ	አይደለም		አዎ	አይደለም		አዎ	አይደለም	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የምዘና መረጃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የህክምና ምርመራ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ትምህርታዊ መዝገቦች
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የገንዘብ ነክ መረጃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የአዕምሮ ጤና ምርመራ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የሳይክትሪክ (Psychiatric) መዝገቦች
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የሚፈለጉ፣ የታቀዱ እና / ወይም የተቀበሉ ጥቅሞች/አገልግሎቶች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የህክምና መዝገቦች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የወንጀል ፍትህ መዝገቦች
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የአድገት ስልጠናዎች መዝገቦች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የስነ-ልቦና መዝገቦች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የቅጥር መዝገቦች
		ሌላ (ይጻፉ)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ከላይ ያሉት ሁሉ

የሚከተሉት አካላት ይህን መረጃ በመካከላቸው ሊጠቀሙ እና መለዋወጥ እንዲችሉ አፈልጋለሁ፡-

አዎ	አይደለም	አካል	አካል
		የአሌክሳንድሪያ ከተማ የህዝብ ትምህርት ቤቶች	ADCHS፣ ለአዋቂዎች አገልግሎቶች ማዕከል
		የአሌክሳንድሪያ ፍርድ ቤት አገልግሎት ክፍል	ADCHS ለልጆች እና ቤተሰቦች፣ ለህጻናት ደህንነት ማእከል
		Alexandria Health Department	ADCHS ለልጆች እና ቤተሰቦች፣ ለህጻናት የባህሪ ጤና ማእከል
		የአሌክሳንድሪያ ፖሊስ መምሪያ	ADCHS ለልጆች እና ቤተሰቦች፣ በቤት ውስጥ ብጥ-ብጥ/ወሲባዊ ጥቃት ማእከል
		የቤተሰብ ግምገማ እና ዕቅድ ቡድን	ADCHS – የኢኮኖሚ ድጋፍ ማዕከል
		ሆስፒታል	የአሌክሳንድሪያ መልሶ ልማት እና ቤቶች ባለስልጣን (Redevelopment and Housing Authority) (ARHA)
		የመሬት ባለቤት /የንብረት ሥራ አስኪያጅ	የአሌክሳንድሪያ የአደጋ ጊዜ የገንዘብ አቅራቢዎች
		የአካባቢ ጤና ክፍል	ሌላ
		ሃኪም	

ይህ መረጃ **ብቁነት ላላቸው ዓለማዎች** ብቻ እንዲለዋወጥ አፈልጋለሁ እና መረጃ በሚከተሉት መንገዶች ሊጋራ ይችላል (የሚመለከታቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ)፡ በስተቀርም የደንበኛው ወስጥ ወይም በስልክ የተጻፈ በኮምፒዩተር ወይም በፋይል የተደረገ

ይህ ፍቃድ ስራ ላይ የሚውለው በ _____ ነው እናም እስከሚከተለው ድረስ ህጋዊ ነው። የእኔ የአገልግሎት ጉዳይ ዝግ ነው። ሌላ፡ _____

ለጠቀሰው ኤጀንሲ በመንገር ይህን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ ማቆም አችላለሁ። የተዘረዘሩት ኤጀንሲዎች የእኔ ፈቃድ መሰረዝን ካወቁ በኋላ መረጃ ማጋራታቸውን ማቆም አለባቸው። ስለ እኔ ምን መረጃ እንደተጋራ፣ እና ለምን፣ መቼ፣ እና ከማን ጋር እንደተጋራ የማወቅ መብት አለኝ። ከጠየቅኩ እያንዳንዱ ኤጀንሲ ይህንን መረጃ ያሳያል። ሁሉም ኤጀንሲዎች መረጃን ለማጋራት የእኔ ፈቃድ እንደሆነ የዚህ ቅጽ ቅጅ እንዲቀበሉ አፈልጋለሁ። **ይህን ቅጽ ካልፈረምኩ መረጃው አይጋራም እናም ስለ እኔ አስፈላጊውን መረጃ ለመስጠት እያንዳንዱን ኤጀንሲ ማገገር ይኖርብኛል።** ሆኖም ግን፣ ህክምና እና አገልግሎቶች ይህን ፈቃድ መፈረሜ ላይ መመስረት እንደማይችሉ ተረድቻለሁ። ይህ ፍቃድ እንደገና ሊገለጥ እና የ HIPAA ግላዊነት ህግ ተገር እንዳይሆን ይህ መረጃ ሊገለጥበት የሚችልበት አጋጣሚ አለ።

ፊርማ (ፊርማዎች)፡ _____ ቀን፡ _____
 (ፊቃድ የሰጠው ሰው ወይም ሰዎች ስም)

ቅጽ የሚያብራራ ሰው	ምስክር፣ ካስፈለገ
ሙሉ ስም	ፊርማ
የአድራሻ ስልክ	አድራሻ
የስልክ ቁጥር	የስልክ ቁጥር

በጽሑፍ በማሳወቅ ይህንን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ መሻር እንደምችል ተረድቻለሁ። ቀደም ሲል ስራዬ ላይ በተደገፉት መዝገቦች ላይ ተፈጻሚ አይሆንም። ማንኛውም መረጃ ይፋ ማድረግ ያለፈቃድ እንደገና ይፋ የመደረግ ሁኔታ ሲኖርና እና መረጃው በፌዴራል ምስጢራዊነት ህጎች ላይ መጠቀም እንደሚችል እገነዘባለሁ። ስምምነት ከተሰጠ በኋላ ግን ጊዜው ሳያልፍ ስምምነቱ በተገልጋዩ መዝገብ ውስጥ ለተቀመጠው መረጃ ድረስ የሚዘረጋ እንደሆነ ተረድቻለሁ። የተወሰኑ መዝገቦች በፌዴራል ዕዕ እና የአልኮል ምስጢራዊነት (Federal Drug & Alcohol Confidentiality) ህጎች (42 CFR፣ ክፍል 2) የተጠበቁ መሆናቸውን ተረድቻለሁ። እነዚህ መዝገቦች በ 42 CFR፣ ክፍል 2 የተጠበቁ ከሆኑ፣ በደንብ ካልተፈቀደ በስተቀር፣ ተቀባይ ይህን መረጃ በእኔ ፈቃድ በጽሑፍ አስከፊ ተፈቅዶ ድረስ ተጨማሪ ይፋ እንዳይደረግ ይከለከላል።

ፊርማ (ፊርማዎች)፡ _____ ቀን፡ _____
 (ፊቃድ የሰጠው ሰው ወይም ሰዎች ስም)

ሰቢድ አገልግሎት ባቻ

ፍቃድ	መሉ ለመሉ የተሰረዘ	በከፊል የተሰረዘ		የተቀበለበት ቀን?	
ማሳወቂያ	የተጻፈ	ሰልክ		የተቀበለው	