

إدارة المساعدة الطبية للفقراء في أوهايو
ورقة معلومات الخدمات المتعلقة بالفحص الصحي والحمل

برنامج الفحص الصحي - تعرّف في عليه!

هل كنت تعرفين أن برنامج المساعدة الطبية للفقراء في أوهايو يشمل خدمات برنامج الفحص الصحي للأطفال حتى عمر 21 عامًا؟ يطلق على هذه الخدمات أيضًا في بعض الأحيان الفحص المبكر والدوري والتشخيص والعلاج في أوهايو "EPSDT". (تساعد خدمات برنامج الفحص الصحي في الحفاظ على صحة الأطفال وتقليل فرص المرض عن طريق علاج المشكلات الصحية في وقت مبكر. جميع خدمات برنامج الفحص الصحي مجانية. يمكنك الحصول على مساعدة ومعلومات من خلال الاتصال بمنسق برنامج الفحص الصحي بالمقاطعة، أو مسؤول خطة الرعاية المُدارة، أو من خلال زيارة: <https://medicaid.ohio.gov/wps/portal/gov/medicaid/families-and-individuals/citizen-programs-and-initiatives/healthchek1/healthchek>

خدمات الفحص

يرغب الأطباء في حصول الأطفال على فحوصات جيدة (فحوصات أو اختبارات) للحفاظ على صحتهم أثناء نموهم بحيث يمكن اكتشاف المشكلات الصحية مبكرًا. تتضمن خدمات الفحص التي يغطيها برنامج الفحص الصحي ما يلي:

- ❖ فحوصات الأسنان
- ❖ فحوصات النمو
- ❖ فحوصات السمع
- ❖ فحوصات المناعة، عند الحاجة
- ❖ فحوصات الصحة العقلية
- ❖ فحوصات التغذية
- ❖ فحوصات البصر
- ❖ الفحوصات البدنية

ينبغي على الأمهات إجراء فحص ما قبل الولادة، كما ينبغي على الأطفال الخضوع للفحوصات عند: الولادة وعند سن 3 إلى 5 أيام وعند سن شهر وشهرين و4 و6 و9 أشهر و12 و15 و18 و24 و30 شهرًا. وبعد ذلك، يجب أن يخضع الأطفال لفحص مرة واحدة على الأقل في العام. ينبغي إجراء فحوصات التسمم بالرصااص على جميع الأطفال.

خدمات العلاج

إذا اكتشف الطبيب وجود مشكلة أثناء أحد الفحوصات، فقد يقدم العلاج أو قد يحيلك بإحالتك إلى طبيب آخر. يغطي الفحص الصحي خدمات العلاج. قد تتطلب بعض الخدمات موافقة مسبقة إذا كان طفلك غير مسجل في خطة رعاية مُدارة ويحتاج إلى موافقة مسبقة للحصول على إحدى الخدمات، فسيحتاج طبيبك إلى طلب ذلك من إدارة المساعدة الطبية للفقراء في أوهايو. وإذا كان طفلك مسجلًا في خطة رعاية مُدارة، فسيقوم طبيبك بطلب الموافقة المسبقة من الخطة. وفي حالة رفضك للقرار الذي اتخذته إدارة المساعدة الطبية للفقراء في أوهايو أو خطة الرعاية المُدارة، يمكنك طلب جلسة استماع. يمكنك الرجوع إلى منسق الفحص الصحي للحصول على مزيد من المعلومات.

خدمات الدعم

يمكن العثور على الأسماء والعناوين وأرقام الهواتف لمنسقي برنامج الفحص الصحي على <https://medicaid.ohio.gov/static/Families%2C+Individuals/Programs/countycoordinators.pdf> أو من خلال الاتصال بإدارة خدمات الوظائف والأسر. إذا كنت بحاجة إلى العثور على طبيب أو طبيب أسنان أو مقدم رعاية آخر، فيمكن لمنسق برنامج الفحص الصحي بمقاطعتك توفير قائمة لك. يمكن أيضًا لمنسق برنامج الفحص الصحي مساعدتك في تحديد مواعيد طبيبك وتأمين وسائل النقل إلى الطبيب. إذا كان طفلك مسجلًا ضمن خطة تأمين مُدارة، فيمكن للخطة أيضًا المساعدة في تحديد مواعيد الطبيب وتأمين وسائل النقل إلى الطبيب. يمكنك أيضًا طلب المساعدة في الخطة الخاصة بهم. يمكنك الانتقال إلى موقع الخطة على الويب للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك أن تطلبي من منسق برنامج الفحص الصحي إحالتك إلى برنامج مساعدة الأطفال الفقراء، أو برنامج المرأة والرضع والأطفال (WIC)، أو Help Me Grow، أو مكتب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. يمكن لمنسق برنامج الفحص الصحي توفير أسماء الوكالات الأخرى التي يمكنها مساعدتك في الحصول على خدمات الملابس، والسكن، والطعام، والخدمات الأخرى. يمكنك أيضًا إرسال الأسئلة باستخدام النموذج الموجود على الإنترنت على الموقع <https://www.odjfs.state.oh.us/Healthchek/index.asp>.

إدارة المساعدة الطبية للفقراء في أوهايو

ورقة معلومات الخدمات المتعلقة بالفحص الصحي والحمل

يرجى ملء المعلومات التالية لمساعدتنا على تقديم خدمات برنامج **الفحص الصحي** لك و/أو لطفلك. في حالة عدم استيعابك لجزء من هذا النموذج أو النموذج بأكمله، يُرجى التواصل مع منسق برنامج الفحص الصحي بمقاطعتك. **يرجى إرجاع ورقة المعلومات** هذه إلى منسق برنامج الفحص الصحي في إدارة خدمات الوظائف والأسر بمقاطعتك، أو إرسالها بالبريد داخل مغلف ضمن هذا الطرد. **يرجى الاحتفاظ برسالة الغلاف حتى يمكنك الرجوع إليها مرة أخرى.**

بياناتك

الاسم الأخير:		الاسم الأول:	
تاريخ الميلاد:		القضية رقم:	
عنوان الشارع، رقم الشقة:			
مقاطعة:	الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
الهاتف:		البريد الإلكتروني:	

بيانات الطفل:

رقم التأمين الاجتماعي أو رقم الفوترة في برنامج المساعدة الطبية للفقراء:	اسم الطفل:
رقم التأمين الاجتماعي أو رقم الفوترة في برنامج المساعدة الطبية للفقراء:	اسم الطفل:
رقم التأمين الاجتماعي أو رقم الفوترة في برنامج المساعدة الطبية للفقراء:	اسم الطفل:
رقم التأمين الاجتماعي أو رقم الفوترة في برنامج المساعدة الطبية للفقراء:	اسم الطفل:

هل تم تسجيل طفلك في خطة رعاية مُدارة في برنامج المساعدة الطبية للفقراء؟

- ☐ نعم، اسم الخطة: _____
- ☐ لا. قبل التسجيل في خطة، تأكد أن قائمة موفري الخدمة الخاصة بالخطة تتضمن الأطباء المعالجين لك (أو لطفلك) أو العيادات التي تتعاملين معها.

خدمات فحص برنامج الفحص الصحي

يغطي برنامج **الفحص الصحي** الفحوصات الطبية، وفحوصات المناعة (عينات بالحقن)، والتوعية الصحية، والفحوص المختبرية لكل شخص مسجل في برنامج المساعدة الطبية للفقراء يقل عمره عن 21 عامًا. كما يغطي فحوصات طبية كاملة للبصر والأسنان والسمع والتغذية والصحة النفسية والعقلية. وتُعد هذه الفحوصات ذات أهمية للتأكد من تمتع طفلك بصحة جيدة ومن نموه البدني والعقلي. ينبغي على الأمهات إجراء فحص ما قبل الولادة، كما ينبغي على الأطفال الخضوع لفحوصات عند الولادة وعند سن 3 إلى 5 أيام وعند سن شهر وشهرين و4 و6 و9 أشهر و12 و15 و18 و24 و30 شهرًا. وبعد ذلك، ينبغي للأطفال إجراء **فحص صحي** واحد على الأقل كل عام حتى سن 21 عامًا. **يرجى تحديد كل الخدمات التي تودين أنت أو طفلك تلقيها.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> الفحص الطبي الشامل | <input type="checkbox"/> فحص السمع |
| <input type="checkbox"/> فحص البصر (العين) | <input type="checkbox"/> فحص الصحة العقلية |
| <input type="checkbox"/> فحص الأسنان | <input type="checkbox"/> الفحص المتخصص: _____ |

خدمات علاج الفحص الصحي وتأمين وسائل النقل لمواعيد الرعاية الصحية

يغطي برنامج الفحص الصحي الاختبارات وخدمات العلاج الخاصة بعلاج المشكلات أو الحالات التي يتم اكتشافها خلال الاختبار. تتطلب بعض الفحوصات وخدمات العلاج موافقة مسبقة. إذا كنت بحاجة إلى موافقة مسبقة، فقد يطلب مقدم الرعاية موافقة خطة الرعاية المُدارة.

يمكن أن يساعدك منسق برنامج الفحص الصحي في تحديد المواعيد الطبية ومواعيد فحص الأسنان والمواعيد الأخرى وتأمين وسائل النقل لهذه المواعيد مجانًا، عند الحاجة. إذا كنت أنت أو طفلك مسجلًا في خطة رعاية مُدارة، فيمكن للخطة أيضًا المساعدة في تحديد المواعيد وتوفير وسائل الانتقال. يمكن للخطة أيضًا أن تقدم لك قائمة بالأطباء في الخطة الخاصة بك. للتأكد من حصولك أنت وطفلك على احتياجاتكما، **يرجى تحديد كل الخدمات التي تودين أنت أو طفلك تلقيها.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> قائمة بالأطباء | <input type="checkbox"/> قائمة بأخصائيي الرعاية الصحية الآخرين |
| <input type="checkbox"/> قائمة بأطباء الأسنان | <input type="checkbox"/> تأمين وسائل النقل للمواعيد الطبية ومواعيد فحوصات الأسنان |
| <input type="checkbox"/> الإحالات إلى برنامج Help Me Grow | <input type="checkbox"/> الإحالات إلى مكتب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة |
| <input type="checkbox"/> مساعدة أخرى لتلقي العلاج | <input type="checkbox"/> معلومات أخرى حول أماكن تلقي العلاج |

هل تعاني أنتِ أو طفلك من أي مشكلات تستدعي الاهتمام أو العلاج (على سبيل المثال: مشكلة صحية، أو مشكلة تتعلق بالصحة العقلية، أو عدم نمو الطفل بالشكل الطبيعي، وما إلى ذلك)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إخبارنا بالمزيد حول هذه المشكلات.

معلومات أخرى حول تاريخ طفلك

خضع طفلي لفحص التسمم بالرصاص ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف
فحوصات مناعة طفلي (عينات بالحن) حديثة ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف
أجرى طفلي فحوصات على النمو ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

خدمات الدعم

يمكن أيضًا أن يقدم لك منسق برنامج الفحص الصحي معلومات حول الخدمات المتوفرة مثل المرأة والرضع والأطفال (WIC) وخدمات الدعم الأخرى التي يقدمها قسم الصحة المحلي والوكالات المحلية الأخرى. هل تودين الحصول على مزيد من المعلومات حول خدمات الدعم الأخرى؟ يُرجى تحديد كل ما ينطبق.

☐ المرأة والرضع والأطفال (WIC) ☐ مساعدات الطعام ☐ مساعدات التدفئة
☐ برنامج مساعدة الأطفال الفقراء ☐ غير ذلك: _____

هل يوجد أي شخص حامل في عائلتك (بما في ذلك أنت)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ينبغي ذكر أسماء النساء الحوامل: _____

ينبغي أيضًا ذكر التواريخ التي سيتم خلالها ميلاد الأطفال، إذا كانت معروفة: الشهر _____ العام _____

هل المرأة الحامل تداوم حاليًا على زيارة الطبيب؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ينبغي ذكر اسم الطبيب أو العيادة. _____

هل أنت بحاجة إلى خدمات اجتماعية أخرى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي هذه الخدمات: _____

هل أنت مسجلة حاليًا في خطة رعاية مُدارة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فحددي اسم الخطة: _____

إقرار

تم إعطائي معلومات حول الفحص الصحي. أفهم أن بإمكانني طلب خدمات الفحص الصحي أو المساعدة في أي وقت. أدرك أنه سيطلب مني توقيع نموذج إبراء ذمة منفصل إذا كانت هناك ضرورة لمشاركة معلوماتي الطبية مع الآخرين.

التوقيع	التاريخ
توقيع موظف الخدمة الاجتماعية	التاريخ
البريد الإلكتروني لموظف الخدمة الاجتماعية:	الهاتف

موظف الخدمة الاجتماعية: يُرجى إعادة توجيه هذه المعلومات إلى الخطة المُدارة المناسبة في برنامج المساعدة الطبية للفقراء.