

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

### برنامج الفحص الصحي - تعرّف على عليه!

هل كنت تعرفين أن برنامج المساعدة الطبية للقراء في أوهايو يشمل خدمات برنامج الفحص الصحي للأطفال حتى عمر 21 عاماً؟ (يطلق على هذه الخدمات أيضاً 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 المدار، 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 مبكراً. تتضمن خدمات الفحص التي يغطيها برنامج الفحص الصحي ما يلي:

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

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

#### **خدمات العلاج**

إذا اكتشف الطبيب وجود مشكلة أثناء أحد الفحوصات، فقد يقدم العلاج أو قد يحيلك بإحالتك إلى طبيب آخر. يعطي الفحص الصحي خدمات العلاج قد تتطلب بعض الخدمات موافقة مسبقة إذا كان طفلك غير مسجل في خطة رعاية مدار، ويحتاج إلى موافقة مسبقة للحصول على إحدى الخدمات، فسيحتاج طبيبك إلى طلب ذلك من إدارة المساعدة الطبية للقراء في أوهايو. وإذا كان طفلك مسجلاً في خطة رعاية مدار، فسيقوم طبيبك بطلب الموافقة المسبقة من الخطة. وفي حالة رفضك للقرار الذي اتخذته إدارة المساعدة الطبية للقراء في أوهايو أو خطة الرعاية المدار، يمكنك طلب جلسة استئناف. 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%2CIndividuals/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 أيضاً لمنسق برنامج الفحص الصحي مساعدتك في تحديد مواعيد طبيبك وتتأمين وسائل النقل إلى الطبيب. إذا كان طفلك مسجلاً ضمن خطة تأمين مدار، فيمكن للخطة أيضاً المساعدة في تحديد مواعيد الطبيب وتتأمين وسائل النقل إلى الطبيب. ~~للتوكيل للتعطيل~~ في الخطوة الخاصة بهم. يمكنك الانتقال إلى موقع الخطوة على الويب للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك أن تطلي من منسق برنامج الفحص الصحي بإحالتك إلى برنامج مساعدة الأطفال القراء، 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 أيضاً إرسال الأسئلة باستخدام النموذج الموجود على الإنترنت على الموقع <https://www.odjfs.state.oh.us/Healthchek/index.asp>.

**إدارة المساعدة الطبية للقراء في أوهابي**  
**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 مغلق ضمن هذا الطرد. يُرجى الاحتفاظ بر رسالة الغلاف حتى يمكنك الرجوع إليها مرة أخرى.

**بيانات**

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

**بيانات الطفل:**

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

هل تم تسجيل طفلك في خطة رعاية مدارء في برنامج المساعدة الطبية للقراء؟

- نعم، اسم الخطة: \_\_\_\_\_  
 لا. قبل التسجيل في خطة، تأكدي أن قائمة موفرى 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 للقراء يقل عمره عن 21 عاماً. كما يغطي فحوصات طبية كاملة للبصر والأسنان والسمع والتذكرة والصحة النفسية والعقلية. وتعد هذه الفحوصات ذات أهمية للتأكد من تمنع طفلك بصحة جيدة ومن نموه البدني والعقلي. ينبغي على الأمهات إجراء فحص ما قبل الولادة، كما ينبغي على الأطفال الخصوص لفحوصات عند الولادة وعند سن 3 إلى 5 أيام وعند سن شهر وشهرين و4 و6 و9 أشهر و12 و15 و18 و24 و30 شهراً. وبعد ذلك، ينبغي للأطفال إجراء فحص صحي واحد على الأقل كل عام حتى سن 21 عاماً. يرجى تحديد كل الخدمات التي تودين أنت أو طفلك تلقيها.

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

**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 خدمات العلاج موافقة مسبقة. إذا كنت بحاجة إلى موافقة مسبقة، فقد يطلب مقدم الرعاية موافقة خطة الرعاية المدارء.

يمكن أن يساعدك منسق برنامج الفحص الصحي في تحديد المواعيد الطبية ومواعيد الأخرى وتأمين وسائل النقل لهذه المواعيد مجاناً، عند الحاجة. إذا كنت أنت أو طفلك مسجلاً في خطة رعاية مدارء، فيمكن للخطة أيضاً تحديد المواعيد وتوفير وسائل الانتقال. يمكن للخطة أيضاً أن تقدم لك قائمة بالأطباء في الخطة الخاصة بك. للتأكد من حصولك أنت وطفلك على احتياجاتكم، يرجى تحديد كل الخدمات التي تودين أنت أو طفلك تلقيها.

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

هل تعانين 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  
فحوصات مناعة طفلي (عينات بالحقن) حديثة  
أجرى طفلي فحوصات على النمو

#### 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 توبيخ الحصول على مزيد من المعلومات حول خدمات الدعم الأخرى؟ يُرجى تحديد كل ما ينطبق.

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

هل يوجد أي شخص حامل في عائلتك (بما في ذلك أنت)؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة بنعم، ينبغي ذكر أسماء النساء الحوامل:

يُ ينبغي أيضًا ذكر التواريخ التي سيتمنى خلالها ميلاد الأطفال، إذا كانت معروفة: الشهر \_\_\_\_\_ العام \_\_\_\_\_

هل المرأة الحامل تداوم حالياً 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 حالياً في خطة رعاية مدارء؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فحدد 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.

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

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