

## Foomka Codsiga Kaalmada Dhaqaale ee Istibaalka

**Calaamadi gebi ahaan wixii ku khuseeya:**

Minneapolis  St. Paul  Minnetonka  HTC  Homecare  Children's Hugo  Metro Peds  Partners in Pediatrics  Children's West St. Paul  Heart Clinic

Koobbiga canshuur-celiskaagii ugu dambeeyey (qeyb kasta) waa in aad soo raaciso foomka codsigan.			
Magacaaga		Taariikhda Dhalashada	
Taleefankaaga			
Cinwaankaaga Guriga		Magaalada	Gobolka
		Lambarka Boostada Xaafadda	
Xaaladda Xaas-ahaaneed <input type="checkbox"/> Iskaabulo <input type="checkbox"/> Qof Xaas/Sey ay is-fureen <input type="checkbox"/> Xaas <input type="checkbox"/> Si sharci ah ku kala maqan		Magaca Xaaska/Seyga	Taariikhda Dhalashada
		Tirada dadkaad masuul ka tahay, oo aad adigu ku jirto	
Ilmaha bukaanka ah ee aad codsiga u buuxineyso ma haystaa ceymis caafimaad? <input type="checkbox"/> Haa <input type="checkbox"/> Maya			
Qor Dadkaad Masuulka ka Tahay ee Kula Nool (Fadlan ku dar bukaanka ama bukaannada aad codsigan u buuxineyso, qof kasta oo kuugu qoran waraaqaha canshuurta, iyo qof kasta oo ka tirsan qoyskaaga oo kula deggan.)			
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Magaca	Taariikhda Dhalashada		Waxaad u tahay
Macluumaadka Shaqa			
Codsadaha: <input type="checkbox"/> Qof Shaqeeya <input type="checkbox"/> Qof Guriga Jooga <input type="checkbox"/> Hawlgab <input type="checkbox"/> Qof aan Shaqa haysan <input type="checkbox"/> Qof Naafo ah <input type="checkbox"/> Wax kale:			
Xaas/Sey: <input type="checkbox"/> Qof Shaqeeya <input type="checkbox"/> Qof Guriga Jooga <input type="checkbox"/> Hawlgab <input type="checkbox"/> Qof aan Shaqa haysan <input type="checkbox"/> Qof Naafo ah <input type="checkbox"/> Wax kale:			
<input type="checkbox"/> Calaamadi santuuqan haddii aad rabto in aad codsato kaarka dowladda ee (MA) iyo in uu kula soo hadlo La-taliye Dhaqaale oo ku caawiya. <input type="checkbox"/> Calaamadi santuuqan haddii aad wixii caddeyn ah raacisay codsigan oo aad rabto in aad (MNSure.org) ka codsato kaarka dowladda ee (MA). <input type="checkbox"/> Calaamadi santuuqan haddii aadan rabin in aad codsato kaarka dowladda ee (MA) balse aad codsaneyso qiimadhimista dadka aan ceymis haysan.			
Akhri oo Saxiix			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aniga/annaga waxaan si cad u sheegeynaa in macluumaadka aan ku sheegnay codsigan dhaqaalaha uu yahay mid sax ah sida aan ognahay intii karaankeyga/karaankeenna ah. Aniga/annaga waxaan fahamsannahay in macluumaadkan uu yahay mid xogtiisa si adag loo xafidi doono oo aan loo gudbin doonin meelo kale oo aan wax xiriir ah la lahayn Isbitaalka Carruurta iyo bukaansocodyada ee Minnesota iyadoo aan nala ka haysan oggolaansho gaar ah oo qoran.</li> <li>Aniga/annaga waxaan Isbitaalka Carruurta iyo bukaansocodyada ee Minnesota u oggolaannay in ay ka helaan gobolka iyo dowladda dhexe diiwaanka shaqada iyo taariikhda dakhligenna, marka lagu daro diiwaanka hay'adda ammaanka shaqada ee gobolka, taas oo ay u tixgelinayaan foomamka Isbitaalka Carruurta iyo Bukaansocodyada wixii daryeel/qeyb ahaan lacago ah oo aan la bixin inta ay eegayaan sida uu dhigayo sharcigu.</li> <li>Waxaan Isbitaalka ogeysiin doonaa wixii is beddel ah ee ku yimaada codsiga aan qoray ee aan ku soo gudbiyey foomkan.</li> </ul>			
Saxiixa Codsadaha:			Taariikhda:
Saxiixa Codsadaha Labaad:			Taariikhda:
For Financial Counseling Use Only: Processed by/date _____ HH _____ GAI \$ _____			
Date Received _____ Reviewed by/date _____ FPL _____ % Discount _____ %			