GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES

የሕክምና/የዐይን ሪፖርት

ይሔን ቅጽ በፖስታ በ DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090 ወይም በፋክስ ቁጥር (202) 673-9908 መላክ ይችላሉ።
ድህረ-ገጻችንን በ www.dmv.dc.gov ይጎብኙ ወይም ለተጨማሪ መረጃ በ 311 ወይም በ 202-737-4404 ይደውሉ።

ይህ ክፍል በደንበኛው መሞላት አለበት።

የመጨረሻ ስም (ላስት ኔም)	የመጀመርያ ስም (ፈርስት ኔም)	የመሀከል ስም (ሚድል ኔም)

አድራሻ	አፓርትመንት/የቤት #	ከተማ	ክልል (ስቴት)	ዚፕ ኮድ
		ዋሽንግተን	ዲሲ	

የትውልድ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)	የመንጃ ፈቃድ/የመታወቂያ ወረቀት/ሶሻል ስኩሪቲ ቁጥር (DLN/IDN/SSN)	የስልክ ቁጥር	ኢሜል አድራሻ

የሕክምና ሪፖርት: ይህ ክፍል ፈቃድ ባለው ሐኪም መሞላት አለበት።

አልዛይመር (Alzheimer)	*በኢንሱሊን የሚረዳ የስኳር በሽታ (Insulin Dependent Diabetic)	ሲዘር ወይም ፌይንቲንግ ስፒል (Seizure or Fainting Spells)	ሌሎች የአእምሮ ወይም የአካል ሁኔታዎች
❑ አዎ ❑ አይደለም	❑ አዎ ❑ አይደለም	❑ አዎ ❑ አይደለም	❑ አዎ ❑ አይደለም

*የሕክምና ሪፖርት ክፍሉ በሐኪም መሞላት አለበት **እናም** የዐይን ሪፖርት ክፍል በዐይን ሐኪም (Ophthalmologist) ወይም ኦፕቶሜትሪስት Optometrist) መሞላት አለበት።

ሲዘር ወይም ፌይንቲንግ ስፒል(Seizure or fainting spells)	አመልካች የመንዳት ችሎታቸውን ሊጎዳ የሚችል የአእምሮ ወይም የአካል ሁኔታዎች ካሉ፣ እባክዎ ሁኔታው ይጠቁሙ፡
መልሱ አዎ ከሆነ፣ ለመጨረሻ ግዜ መቼ ተከሰተ? _____ ማስታወሻ: አንዴ ብቻ ያጋጠመ ከስተት፣ የለሊት ግዜ ብቻ ሲዘር (seizures) ወይም በመድሀኒት ማስተካከያዎች ያጋጠመ ካልሆነ በስተቀር፣ ለአስራ ሁለት (12) ተከታታይ ወራት ከሲዝር (seizure) ነጻ መሆን ይኖርበታል።	

አስፈላጊ የሆኑ ማንኛቸውም የሕክምና ገደቦች ይጠቁሙ:

ሁኔታው በሐኪም በድጋሜ ማጣርያ የሚያስፈልገው ከሆነ ከሚከተሉት አንድ (1) ላይ ምልክት በማድረግ ይጠቁሙ።
ሲዘር ዲስኦርደር (Seizure disorders) ለአምስት (5) ተከታታይ ዓመታት የአንድ ዓመት የሐኪም ምርመራ ያስፈልጋቸዋል

❑ ስድስት (6) ወራት	❑ አንድ (1) ዓመት	❑ ሁለት (2) ዓመታት	❑ ሶስት (3) ዓመታት	❑ አራት (4) ዓመታት

በእርሶ የሕክምና ምርመራ መሰረት፣ አመልካች ደህንነት በጠበቀ መንገድ መኪና የመንዳት ችሎታ አላቸው ወይ? አዎ ❑ አይ ❑

የሐኪም መረጃ:

የሐኪም ፈቃድ መለያ ቁጥር እና ስቴት:_____ ስልክ ቁጥር:_____

የሐኪም አድራሻ: _____

የሐኪም ፊርማ:_____ቀን:_____

የዐይን ሪፖርት: ይህ ክፍል ፈቃድ ባለው የዐይን ሐኪም (Ophthalmologist) or ኦፕቶሜትሪስት (Optometrist) መሞላት አለበት።

*በኢንሱሊን የሚረዳ የስኳር በሽታ	ግላኮማ	ካታራክት	❑ ሌላ የዐይን በሽታ:	የዲኤምቪ የማየት ፈተና ወድቀዋል
❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ	_____	❑ አዎ ❑ አይ

ዕይታ ያለ መነጽር	ዕይታ በመነጽር	በሆሪዞንታል ሜሪዳን ፊልድ አፍ ቪዥን	ሁኔታው በድጋሜ ማጣርያ የሚያስፈልገው ከሆነ ከሚከተሉት አንድ (1) ላይ ምልክት በማድረግ ይጠቁሙ።
የቀኝ ዐይን 20/_____ የግራ ዐይን 20/_____ ሁለቱም ዐይኖች 20/_____	የቀኝ ዐይን 20/_____ የግራ ዐይን 20/_____ ሁለቱም ዐይኖች 20/_____		❑ ስድስት (6) ወራት ❑ ሶስት (3) ዓመታት ❑ አንድ (1) ዓመት ❑ አራት (4) ዓመታት ❑ ሁለት (2) ዓመታት
ትንሹ መሟላት ያለበት የዕይታ መስፈርቶች (Minimum Vision Requirements)(የማስተካከያ ሌንሶች ቢኖሩም ባይኖሩም): በተሻለው ዐይን ከ20/40 ያላነሰ ወይም በተሻለው ዐይን ከ20/70 ያላነሰ እና በፊልድ አፍ ቪዥን ቢያንስ 140 ዲግሪዎች የሆነ።			አስፈላጊ የሆኑ ማንኛቸውም የማየት ገደቦች ይጠቁሙ:

በእርሶ የሕክምና ምርመራ መሰረት፣ አመልካች ደህንነት በጠበቀ መንገድ መኪና የመንዳት ችሎታ አላቸው ወይ? አዎ ❑ አይ ❑

የዐይን ሐኪም (Ophthalmologist) ወይም የኦፕቶሜትሪስት (Optometrist) መረጃ :

የሐኪም ፈቃድ መለያ ቁጥር እና ስቴት:_____ ስልክ ቁጥር:_____

የሐኪም አድራሻ: _____

የሐኪም ፊርማ:_____ቀን:_____

*በዚህ ማመልከቻ፣ የውሸት ቃል የሚሰጥ ማንኛውም ሰው የዲሲ ህግን ይጥሳል እናም ከ$1,000 ብር የማይበልጥ የገንዘብ ቅጣት ወይም 180 ቀን እስር ወይም ለሁለቱም ቅጣቶች ይጋለጣል። (የዲሲ የይፋ ህግ (D.C. Official Code) §22-2405)
በማንኛውም በዲሲ መንግስት ኤጀንሲ ወይም ሹም የሚደረግ ባከናውትን፣ ማጭበርበርን፣ ወይም ያላግባብ መጠቀምን ለመጠቆም የዲሲ ጠቅላላ መርማሪ ቢሮ (Office of the DC Inspector General) ጋር በ 1-800-521-1639 ይደውሉ።