# الموافقة على المشاركة في برنامج WISEWOMAN

يحدد برنامج WISEWOMAN ("WISEWOMAN") مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (المعروفة أيضًا باسم أمراض القلب) أو الإصابة بنوبة قلبية أو بالسكتة الدماغية أو بداء السكري. سيعمل برنامج WISEWOMAN معي لإجراء تغييرات في أسلوب حياتي ليكون أسلوب حياة صحيًا، إذ قد يقلل ذلك من خطر إصابتي بهذه الأمراض. من أجل التأهل للانضمام إلى برنامج WISEWOMAN، يجب أن تتراوح أعمار النساء بين **40 و64 عامًا**، وأن يكون دخل الأسرة لديهن **أقل من أو يساوي 250**٪ من حد الفقر الفيدرالي، وأن يكون تأمينهن محدودًا أو لا تأمين لهن.

**مزود خدمة برنامج WISEWOMAN المحلي سيقوم بـ:**

- قياس طولي ووزني وضغط دمي
- فحص مستوى السكر (الجلوكوز) في دمي والكولسترول (الكولسترول الكلي، وكولسترول البروتين الدهني مرتفع الكثافة، وكولسترول البروتين الدهني منخفض الكثافة، والدهون الثلاثية) لدي
- توجيه أسئلة لي حول تاريخي الصحي وتاريخ عائلتي الصحي وأسلوب حياتي، مثل عدد الفواكه والخضروات التي أتناولها ومقدار النشاط البدني الذي أقوم به
- استخدام قياسات جسدي والمعلومات التي أقدمها لمراقبة مدى تقدمي وتقييم البرنامج ككل
- إحالتي إلى *Michigan Breast and Cervical Cancer Control Navigation Program* (برنامج المساعدة في شؤون تغطية التأمين لأمراض سرطان الثدي وعنق الرحم في ميشيغان) إذا لم أخضع حاليًا لفحص الكشف عن سرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم. سوف يساعدني هذا البرنامج في الاطلاع على أحدث خدمات فحوص الكشف عن السرطان

- إذا لم تكن أيٍ من نتائج اختباراتي طبيعية، فقد يحيلني مزود خدمة برنامج WISEWOMAN لإجراء تقييم طبي
- قد يحيلني مزود خدمة WISEWOMAN، إذا لزم الأمر، أيضًا لإجراء اختبارات الدم الإضافية الخاصة بالكولسترول وداء السكري

- سوف يساعدني مدرب صحي محلي تابع لبرنامج WISEWOMAN في اتخاذ خطوة صغيرة صحية تهمني
- إذا اخترت المشاركة في برنامج مجتمعي مثل Diabetes Prevention Program (برنامج الوقاية من داء السكري) أو TOPS أو Cooking Matters، فسيدفع برنامج WISEWOMAN بعض التكاليف أو كلها

- سيتم الاحتفاظ بمعلوماتي سرّية ولن تتم مشاركتها مع أي شخص خارج برنامج WISEWOMAN إلا إذا أعطيت إذنًا كتابيًا أو وفقًا لما يقتضيه القانون.

**مَن سيسدد تكاليف خدمات برنامج WISEWOMAN؟**

- إذا لم يكن لديّ تغطية تأمينية، فسوف يدفع برنامج WISEWOMAN مقابل الخدمات المذكورة أعلاه طالما كنت مؤهلةً للانضمام إلى برنامج WISEWOMAN، وطالما كنت أتوجه إلى مقدم رعاية صحية مشاركٍ في البرنامج وفقًا للتوجيهات.
- إذا كان لديّ تغطية تأمينية، فسوف يدفع برنامج WISEWOMAN مقابل الخدمات المغطاة التي لا يسددها تأميني.
- لن يدفع برنامج WISEWOMAN مقابل **أي زيارات متابعة طبية أخرى، أو اختبارات متابعة، أو دواء يصفه مقدم الخدمة المتابع ليّ .**
- ***إذا لم يكن باستطاعتي تحمّل تكلفة الدواء، فإن مزود خدمة*** WISEWOMAN ***المحلي سوف يساعدني على توصيلي ببرامج تقدم مساعدات خاصة بالوصفات الطبية لمساعدتي في دفع تكلفة الدواء.***

أفهم تمامًا المعلومات الواردة في هذا النموذج وأوافق على المشاركة في برنامج WISEWOMAN. وأفهم أيضًا أنه يحق ليّ رفض هذه الخدمات في أي وقت. للاستفسارات، يُرجى الاتصال على الرقم 1-844-I GOT SCREENED (1-844-446-8727)، أو التواصل عبر البريد الإلكتروني من خلال MDHHS-MiWISEWOMAN@michigan.gov.

| | | | |
|---|---|---|---|
| توقيع المشاركة | التاريخ | توقيع الوصي القانوني (إن وُجد) | التاريخ |
| اسم المشاركة | | اسم الوصي القانوني (إن وُجد) | |