

ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့တောင်းခံလွှာ
ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်

ကျွန်ုပ်တို့တာဝန်၏ ကဏ္ဍတစ်ရပ်အနေနှင့် မတ်ထရီကျန်းမာရေးသည် ကျွန်ုပ်တို့၏အသိုင်းအဝိုင်းသို့ အရ အရည်အသွေးပြည့်ဝသောကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးအပ်ခြင်းအတွက်လည်းကောင်း၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ လူနာများအားလုံးတို့ကို ဂုဏ်သိက္ခာ၊ စာနာမှု၊ လေးစားမှုတို့ဖြင့် ကုသမှုပေး ရန်အတွက်လည်းကောင်း သံနို့ဌာနချမှတ်ထားပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်က မိမိတို့၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစရိတ်အချို့ကိုဖြစ်စေ၊ အလုံးစုံကိုဖြစ်စေ ပေးချေရန် မတတ်နိုင်သော၊ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိနေသည့် လူနာများအတွက် အခကြေးငွေမယူသော ဝန်ဆောင်မှုများကိုဖြစ်စေ၊ ဈေးနှုန်းသိသာစွာ လျော့ချ ထားသောဝန်ဆောင်မှုများကိုဖြစ်စေ ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်က ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့် လမ်းညွှန်ချက်များနှင့်ကိုက်ညီသည့် လူနာများတို့ကို ဆေးရုံ/ဆရာဝန်စရိတ်များ ဘဝ၊ ရာခိုင်နှုန်းအထိ လျော့ချမှုများကို ပေးပါသည်။

ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အတွက် လျှောက်ထားသောအခါတွင် ကျွန်ုပ်တို့က မျှတပြီးအချိန်မီသောဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို ချမှတ်ရန်အတွက် လိုအပ်သော သတင်းအချက်အလက်နှင့် အထောက်အကူစာရွက်စာတမ်းများပေးရာတွင် သင်၏ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှုကို လိုအပ်သည်။ အကယ်၍ ပြည့်စုံတိကျသော သတင်းအချက်အလက်ကို မပေးနိုင်ပါက သင်တို့၏လျှောက်ထားမှုသည် ဆက်လက်သုံးသပ်မှုမရှိဘဲ ပယ်ပယ်ချခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခြင်းခံရမည်ဖြစ်သဖြင့် ထိုသို့ဖြစ်ပါက သင်တို့၏ကုန်ကျစရိတ်များကို သင်တို့က အပြည့်အဝကျခံရလိမ့်မည်ဖြစ်သည်။

အဆိုပါတောင်းဆိုချက်များတို့၏ သဘောသဘာဝကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားပြီး လူနာနှင့်ဖြစ်စေ မိမိသားစုဝင်များနှင့်ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်ပြောဆို မှု မှုများအားလုံးတို့ကို တင်းကြပ်သောလျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းမှုဖြင့်လည်းကောင်း၊ စာနာထောက်ထားသော စိတ်သဘောဖြင့်လည်းကောင်း ကံ ကိုင် တွယ်ထိန်းသိမ်းပါမည်။

သင်တို့၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များအတွက် မတ်ထရီကျန်းမာရေးကို ရွေးချယ်ခြင်းအတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မိမိတို့အသိုင်းအဝိုင်း၏ ကျ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးခြင်းကို ဂုဏ်ယူပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာပုံစံမိတ္တူများတို့ကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာ၊ စပိန်ဘာသာ၊ အာရဗီဘာသာ၊ ဘော့စနီးယားဘာသာ၊ မြန်မာဘာသာ၊ တရုတ် မန်ဒရင်းဘာသာ၊ နီပေါဘာသာ၊ ကင်ယာဝမ်ဒဘာသာ၊ ကိုရီးယားဘာသာ၊ ဆိုမာလီဘာသာ၊ ဆွာဟီလီဘာသာနှင့် ဗီယက်နမ်ဘာသာတို့ဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်အတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်းရှိမရှိကို ကျွန်ုပ်တို့ကဆုံးဖြတ်နိုင်ရန်အတွက် သင် သင်ကဖြည့်ပေးရန် ဤဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့တောင်းခံလွှာကို သင့်အား ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။

ဤပုံစံကိုဖြည့်ခြင်းသည် အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် အာမခံချက်တစ်ခုမဟုတ်ပါ။

သင်သည် ဤပုံစံစာရွက်ကို စုံလင်စွာဖြည့်ခြင်း သို့မဟုတ် အထောက်အကူပြုစာရွက်စာတမ်းများမပါရှိဘဲ ပြန်ပို့ခြင်းပြုပါက သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ရန်တတ်နိုင်လိမ့်မည်မဟုတ်ပါ။ ထိုသို့ဆိုပါက ပေးချေရမည့်ငွေအပြည့်အဝကို သင်၏ငွေစာရင်းမှ တာဝန်ယူရလိမ့်မည်ဖြစ်သည်။

ဤပုံစံစာရွက်ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင်ဖြစ်စေ၊ အထောက်အကူပြုစာရွက်စာတမ်းများ ရှာဖွေရာတွင်ဖြစ်စေ အကူအညီလိုအပ်ပါက မတ်ထရီ ကျန်းမာရေး ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုကိုယ်စားလှယ်ထံ ၆၁၆- ၂၅၂-၇၁၁၀ သို့မဟုတ် ၁-၈၀၀-၉၆၈-၀၀၅၁၀ ဖြင့်ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်အတွက် သင်သည်အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ဖြည့်ပြု ပြီးသောပုံစံစာ ရွက်နှင့်တကွ အောက်ဖော်ပြပါ အထောက်အကူပြုစာရွက်စာတမ်းများကို ပြန်လည်ပေးပို့ပါရန်။

- ✓ မှတ်ပုံတင်ကဒ်ပြား မိတ္တူတစ်စုံ (ယာဉ်မောင်းလိုင်စင်/မှတ်ပုံတင်)
- ✓ ယခင်နှစ်က ဖယ်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန်ကြေးငြာလွှာ ပုံစံ ၁၀၄၀ နှင့်တကွ ပုံစံ W-2 ဖြစ်စေ၊ ပုံစံ ၁၀၉၉ ဖြစ်စေ ထိုပုံစံနှစ်ခုလုံးဖြစ်စေ
- ✓ လက်ရှိအခွန်နှစ်အထိ စုစုပေါင်းပမာဏပါရှိသည့် နောက်ဆုံးနှစ်ပတ်စာ လစာ၊ ဝင်ငွေခွန်နှင့် အာမခံကြေးတို့ကို ဖော်ပြထားသည့် လစာပြန်တမ်းစာရွက် သို့မဟုတ် လက်ရှိအခွန်နှစ်အထိစုစုပေါင်းပမာဏမပါရှိသည့် နောက်ဆုံးနှစ်လစာ လစာ၊ ဝင်ငွေခွန်နှင့် အာမခံကြေးတို့ကို ဖော်ပြထားသည့်လစာပြန်တမ်းစာရွက် (လစာပြန်တမ်းစာရွက်မပါဘဲ ငွေသားဖြင့် လစာထုတ်ပေးသည်ဆိုပါက အလုပ်ရှင်ထံမှ အတည်ပြုထောက်ခံစာ)
- ✓ အလုပ်လက်မဲ့ထောက်ပံ့ကြေး၊ မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့ကြေး၊ ငှားရမ်းခရရှိငွေ၊ ပင်စင်လစာများ၊ စုဆောင်းရံပုံငွေမှ ရရှိ သောနှစ်စဉ်ကြေးများ၊ အတိုးရရှိမှုများ အစရှိသည့် အခြားသောအရင်းအမြစ်များအားလုံးတို့မှ ဝင်ငွေအထောက်အထားများ
- ✓ အကယ်၍ သင်သည်လက်ရှိတွင် လူမှုလုံခြုံရေးအကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနေသည်ဆိုပါက သင်၏ ခံစားခွင့်ပမာဏကို ဖော်ပြသောစာ၏ မိတ္တူတစ်စုံ
- ✓ ပြီးခဲ့သောနှစ်လအတွင်း ချက်လက်မှတ်ဖြင့် ငွေထုတ်ခြင်း၊ စုငွေများ၊ စာရင်းသေအပ်နှံမှုများ စသည်တို့ကို စစ်ဆေးရန်အတွက် ဘဏ်မှထုတ်ပေးသော ပြန်တမ်းများ၏ မိတ္တူများ
- ✓ သင်နေထိုင်လျက်ရှိသော အိမ်ယာမှ အသုံးစရိတ်တောင်းခံလွှာ၊ ဖုန်းခေါ်ဆိုခတောင်းခံလွှာ သို့မဟုတ် ကေဘယ်ကြီးဖြင့် ချိတ်ဆက်သော ရုပ်မြင်သံကြားကြည့်ရှုခတောင်းခံလွှာ မိတ္တူတစ်စုံ
- ✓ သင်သည် ကျောင်းသားတစ်ယောက်ဖြစ်ပါက လက်ရှိပညာသင်ကာလ၏ သင်ယူချိန်များ/အတန်းများစာရင်းနှင့် သင်၏ကေကျောင်း သားကဒ်မိတ္တူ
- ✓ အောက်ဖော်ပြပါစာမျက်နှာတွင် ဝင်ငွေပမာဏကို ဝ(သုည) ဟုဖော်ပြသည်ဆိုပါက (ဤပုံစံစာရွက်အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသည့်) သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုကို အထောက်အပံ့ပေးနေသည့် ပုဂ္ဂိုလ်(များ)ထံမှ ဖြည့်ထားပြီးသော ထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာ ပြန်တမ်း

☞ မှတ်ချက်။ ။ လူနာ၏ မှတ်ပုံတင်ကဒ်ပြားပေါ်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အမည်သည် လစာပြန်တမ်းစာရွက်နှင့် အခွန်ပုံစံများပေါ် တွင် ဖော်ပြထားသောအမည်နှင့် ဆင်တူဖြစ်ရပါမည်။

ဖြည့်စွက်ပြီးသော ဤလျှောက်လွှာနှင့်တကွ တောင်းဆိုထားသည့် အထောက်အကူစာရွက်စာတမ်းများတို့ကို အခြား
အမြန်ဆုံးပြန်လည်ပေးပို့ပါ။ လိုအပ်သော အထောက်အကူစာရွက်စာတမ်းများကို မပေးမီအချိန်အထိ ထိုလျှောက်ထားမှုကို
စဉ်းစားသုံးသပ်မည်မဟုတ်ပါ။

လူတွေ သို့မဟုတ် တ
တယ်လီဖုန်းဖြင့် မေးမြန်းပြောဆိုမှုအတွက် ရက်ချိန်းယူရန် မတ်ထရိုကျန်းမာရေး ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုကိုယ်စားလှယ် ထံသို့
အထက်ဖော်ပြပါနံပါတ်များဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

လူနာကာကွယ်စောင့်ရှောက်ရေးနှင့် စရိတ်မျှတသော
ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအက်ဥပဒေအရ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးတစ်ယောက်စီတိုင်းတွင် ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီလ (၁) ရက်နေ့မှစတင်ပြီး အ
အသက်ဝင်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံထားရှိရမည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ မတ်ထရိုကိုယ်စားလှယ်များက သင်
သင်တို့ကို ဖယ်ဒရယ်အာမခံလှယ်မှုတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံကို www.marketplace.gov တွင်
မည်သို့လျှောက်ထားနိုင်ကြောင်း သတ
သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးမည်ဖြစ်ပြီး လျှောက်ထားမှုအဆင့်ဆင့်တွင်လည်း အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။

ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့အတွက် လျှောက်ထားခြင်း

ပုံနှိပ်ပါ။ တောင်းဆိုထားသော သတင်းအချက်အလက်များအားလုံးကို ဖော်ပြထားကြောင်း သေချာစေပါ။

လူနာအမည် - _____ လူနာ၏မွေးနေ့ - _____

လူနာ၏လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____

အိမ်ထောင်ဘက်အမည် - _____ အိမ်ထောင်ဘက်၏မွေးနေ့ - _____

အိမ်ထောင်ဘက်၏လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____

ဖုန်းနံပါတ် - _____ လူနာ၏ငွေစာရင်းအမှတ် - _____

လမ်းအမည် - _____ အခန်းနံပါတ် - _____

မြို့ - _____ ပြည်နယ် - _____ ဇစ်ပါအမှတ် - _____

အိမ်ထောင်စုဝင်များ (တရားဝင်အခွန် မှီခိုသူများ) အိမ်ထောင်သည်- _____ လူလွတ်- _____ အိမ်ထောင်ကွဲ- _____ မုဆိုးဖို/မ - _____

အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____ လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____ အသက် - _____

အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____ လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____ အသက် - _____

အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____ လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____ အသက် - _____

အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____ လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____ အသက် - _____

အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____ လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____ အသက် - _____

အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____ လူမှုလိုခြံ့ရေးနံပါတ် - _____ အသက် - _____

ဝင်ငွေလုံးဝမရှိဟုဆိုပါက သင့်ကို မည်သူက ထောက်ပံ့နေပါသနည်း။ _____

တော်စပ်ပုံ - _____ ဖုန်းနံပါတ် - (_____) _____

ဆက်စပ်ကုန်ကျစရိတ်များ

ဆေးဝါးကုသမှု အာမခံကြေးပရီမီယံ - \$	ဆေးကုသစရိတ်တောင်းခံလွှာ/ကုန်ကျစရိန်များ - \$
------------------------------------	--

ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့လျှောက်ထားခြင်း (နောက်ဆက်တွဲ)

သင်၏ပိုင်ဆိုင်မှုများ - မိသားစုဝင်အားလုံးတို့၏ ပိုင်ဆိုင်မှုများအပါအဝင်။ အကွက် တစ်ခုစီတိုင်းကို ဖြည့်ရမည်။ အထောက်အကူစာရွက်စာတမ်းများအားလုံး ပူးတွဲဖော်ပြပါ။

မိသားစုဝင်တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် အလုပ်အကိုင်တစ်ခုမှ ဖြစ်စေ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှဖြစ်စေ ဝင်ငွေရရှိပါသလား။ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဖြစ်သည်ဆိုပါက အမြတ်နှင့်အရှုံးရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် ယခင်နှစ်အခွန်ကြေးငွာလွှာမိတ္တူကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပါ။ () ဖော်ပြပါမည်။ () မဖော်ပြနိုင်ပါ။ ဖော်ပြမည်ဆိုပါက အောက်ပါတို့ကိုဖြည့်ပါ။	ဖြတ်တောက် နတ်ယူမှုများမပြုမီ လစဉ်လဝင်ငွေစုစုပေါင်း
အလုပ်လုပ်သူ	\$
အလုပ်လုပ်သူ	\$

ပိုင်ဆိုင်မှုအမျိုးအစား	ရိ/မရှိ တစ်ခုရွေးပါ။	ပိုင်ဆိုင်မှုတန်ဖိုး
လက်ထဲတွင်၊ လုံခြုံရေးသေတ္တာထဲတွင် ရှိသောငွေသား (သို့) လူနာများအတွက် ငွေပဒေသာပင်	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
စုငွေများ၊ ချက်လက်မှတ်ဖြင့် ငွေထုတ်ယူမှု (သို့) ခရက်ဒစ်ယူနီယံငွေစာရင်းများ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
နေအိမ်၊ တစ်သက်စာ မြေပိုင်ဆိုင်မှု၊ တစ်သက်စာ ငှားရမ်းမှု	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
(သင်၏နေအိမ်အပြင်) အိမ်၊ မြေ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
နှစ်ရှည်ချေးငွေ၊ မြေစာချုပ် (သို့) မိသားစု ဝင်ထံသို့ ပေးချေရန်ရှိနေသည့် အခြားအထောက်အထားများ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
ငွေစုစာချုပ်များ (သို့) ငွေကြေးဈေးကွက် ရံပုံငွေများ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
စတော့ခံ (သို့) ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုအစီအစဉ်	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
**IRA, KEOGH, 401K, 403b (သို့) နောက်ကျလစာ စာရင်းများ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
**IRA/401K/403b စောလျှင်စွာပြန်လည်ရုတ်သိမ်းမှု သတင်း အချက်အလက်အတွက် ဒဏ်ကြေး		
IRA, KEOGH, 401K, 403b (သို့) နောက်ကျလစာ စာရင်းများသို့ စတင်ထည့် ဝင်/ပါဝင်သော ရက်စွဲ	ရက်စွဲ -	
အသက်အာမခံ (တစ်သက်စာ)		\$
ခံစားခွင့်	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
ကာ၊ ကုန်တင်ကာ၊ လှေ၊ မော်တော်ဆိုင် ကယ်၊ အခြားစက်တပ်ယာဉ်များ (တစ်ခုစီကို သီးခြားဖော်ပြပါ)	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$ _____
တစ်ခုစီအတွက် ထုတ်လုပ်မှု၊ ဖော်ဒယ်၊ ခုနှစ်နှင့် ခရစ်နှစ်၊ ခရီးပြုခဲ့သည့်ပိုင်ဆိုင်မှုကို ဖော်ပြပါ။	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$ _____
ငွေအပ်နှံမှုလက်မှတ်များ (C.D.) သို့မဟုတ် ငွေလက်မှတ်များ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
ယုံကြည်အပ်နှံမှုရံပုံငွေ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$
သင်၏ ယခုနှစ်ညှိနှိုင်းပြီးသောအကြမ်းဖျင်း ဝင်ငွေမှ ၇.၅% ထက်ကျော်လွန်သော ဆေးဝါးကုသမှုစရိတ်များအတွက် ပေးချေခဲ့ခြင်းပါသလား။	[] ရှိ။ [] မရှိ။	
မြုပ်နှံသင်္ကြံ၊ ဖြတ်ရန် မြေကွက်များ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	

ဝင်ငွေအမျိုးအစား	ရိ/မရှိ တစ်ခုရွေးပါ။	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူဝင်ငွေနည်း။
လူမှုလုံခြုံရေးခံစားခွင့် (RSDI)	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
အပိုဆောင်းလုံခြုံရေး ဆိုင်ရာဝင်ငွေ (SSI)	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
အငြိမ်းစား (သို့) ပင်စင် ခံစားခွင့်များ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
စစ်မှုထမ်းပေးခံစားခွင့်များ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
မသန်စွမ်းမှုအတွက် ခံစားခွင့်များ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
ငှားရမ်းခရရှိငွေ	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
အလုပ်သမားနှစ်နားကြေး	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
ကလေးစရိတ် (သို့) ထောက်ပံ့ကြေး	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
အလုပ်လက်ခွဲ ထောက်ပံ့ကြေး	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ ခွဲတမ်း	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
ကာစီနိုအမြတ်ငွေ ဝေစု/ခွဲဝေမှု	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	
အခြား	[] ရှိ။ [] မရှိ။	\$	

အတည်ပြုခြင်း

ဤလျှောက်လွှာတွင်လည်းကောင်း၊ လိုအပ်သည့်အထောက်အကူပြုစာရွက်စာတမ်းများတွင်လည်းကောင်း ကျွန်ုပ်တို့ထောက်ပြထားသည့် သတင်းအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်တို့၏မိသားစုအဖွဲ့အစည်းများတွင် စစ်မှန်ပြီး မှန်ကန်ပါကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မိမိ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးချေရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့ရရှိနိုင်ကြောင်းသော ဖယ်ဒရယ်၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် နယ်မြေတွင်းရှိ မည်သည့်အထောက်အပံ့ကိုမဆို လျှောက်ထားမည်ဖြစ်သည်။ ပေးအပ်ထားသော သတင်းအချက်အလက်များကို မတ်ထ ရိုကျန်းမာရေးဆေးရုံက စစ်ဆေးအတည်ပြုနိုင်သည်ကို နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့ဖော်ပြထားသည့် သတင်းအချက်အလက်များကို တိကျမှန်ကန်မှုကို စစ်ဆေးအတည်ပြုရန် မတ်ထရိုဆေးရုံက တတိယလူများကို ဆက်သွယ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အတည်ပြုပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် မမှန်ကန်သောသတင်းအချက်အလက်ကိုဖြစ်စေ၊ မပြည့်စုံသောသတင်းအချက်အလက်ကိုဖြစ်စေ သိလျက်နှင့် ဖော်ပြသည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် ဘဏ္ဍာရေးထောက်ပံ့မှုကို ခံယူပိုင်ခွင့်မရှိကြောင်း၊ ကျွန်ုပ်တို့ပေးအပ်မည့် မည်သည့်ဘဏ္ဍာရေးထောက်ပံ့မှု ကိုမဆို ထိန်းသိမ်းထားခြင်းခံရနိုင်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးဝါးကုသစရိတ်တောင်းခံလွှာများကို ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တို့တာဝန်ယူမည်ဖြစ် ကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ် _____ လျှောက်ထားသည့်ရက်စွဲ _____

သင်၏ ဖြည့်ပြီးသောလျှောက်လွှာနှင့် အထောက်အကူစာရွက်စာတမ်းတို့ကို အောက်ပါနည်းလမ်းများဖြင့် တင်ပြနိုင်ပါသည်။

- ထိုစာရွက်စာတမ်းများကို လူဖြင့်အောက်ပါနေရာများသို့ ပေးပို့ခြင်း
 - မတ်ထရိုကျန်းမာရေးကိုယ်စားလှယ်ထံသို့လည်းကောင်း၊
 - ဘဏ္ဍာရေးအတိုင်းပင်ခံ သို့မဟုတ် မတ်ထရိုကျန်းမာရေးဆေးရုံ ဧည့်ခန်းရှိငွေကိုင် သို့မဟုတ် လူနာမှတ်ပုံတင်ရန်/စာရင်း သွင်းရန် နေရာသို့လည်းကောင်း ကိုယ်တိုင်သွားရောက်ပေးပို့ခြင်း
- သို့/ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှု၊ မတ်ထရိုကျန်းမာရေးဆေးရုံ၊ စာတိုက်သေတ္တာအမှတ် ၉၁၃ ဝိုင်ယိုမင်၊ အမ်အိုင် ၄၉၅၀၉-၀၉၁၃ ထံ စာတိုက်မှပေးပို့ခြင်း
- ထိုစာရွက်စာတမ်းများကို CustomerService@metrogr.org သို့ အီးမေးလ်ပေးပို့ခြင်း

အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာ ပြန်တမ်း

အကယ်၍ သင်သည် လစဉ်ဝင်ငွေကို ဝ ဒေါ်လာဟု တင်ပြပါက သင့်ကိုဖြစ်စေ၊ သင့်မိသားစုကိုဖြစ်စေ၊ သင်တို့အားလုံးကိုဖြစ်စေ အကူအညီ ပေးနေသော ပုဂ္ဂိုလ်(များ)က ဖြည့်ထားသည့် အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာပြန်တမ်းကို ရယူထားပါ။ ထိုသို့မဟုတ်သည့် အခြားသောအခြေအနေများ အားလုံးတို့တွင် ဤကဏ္ဍကို ချန်လှပ်ထားနိုင်ပါသည်။

အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာပြန်တမ်း

(လျှောက်ထားသူကို အထောက်အပံ့ပေးနေသောသူက ဖြည့်ရန်ဖြစ်သည်။)

အမည်အပြည့်အစုံ - _____ ဖုန်းနံပါတ် - (_____) _____

နေရပ်လိပ်စာ - _____

လမ်း _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ပါအမှတ် _____

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် - _____ မွေးနေ့ - _____

ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့ပေးသူအဖြစ် ကျွန်ုပ်ကို လျှောက်ထားသူကထုတ်ဖော်ပြောဆိုထားပါသည်။ ထိုလျှောက်ထားသူကို ကျွန်ုပ်က ထောက်ပံ့ပေးထားသောဝန်ဆောင်မှုများတို့ကို အောက်တွင် ဖော်ပြထားပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါ သတင်းအချက်အလက်များအားလုံးတို့သည် ကျွန်ုပ်သိသမျှနှင့် ယုံကြည်သည့်အတိုင်း အကောင်းဆုံးပြောရမည်ဆိုလျှင် မှန်ကန်ပြီးတိကျကြောင်း ဤတွင် ကျွန်ုပ်အတည်ပြုပြီး ထောက်ခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏လက်မှတ်သည် ကျွန်ုပ်ကို ထိုလူနာ၏ ဆေးဝါးကုသစရိတ်အတွက် ဘဏ္ဍာရေးအရ တာဝန်ယူရစေမည်မဟုတ်ကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

လက်မှတ် - _____

*** ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း ၆၀ အတွင်း ရက်စွဲတပ်ထားသည့် သင်၏လက်ရှိနေအိမ်လိပ်စာပါရှိသော အသုံးပြုမှုစရိတ်တောင်းခံလွှာမိတ္တူတစ်စုံကဲ့သို့သော နေထိုင်မှုအထောက်အထားကို ပူးတွဲဖော်ပြပါ။