

အချက်အလက်အပြည့်အစုံဖြည့်ပါ။ မသက်ဆိုင်ပါက "NA" ဟုရေးပါ။ လိုအပ်ပါက အခြားစာမျက်နှာများ ပူးတွဲပေးပါ။*

စစ်ဆေးမှုအတွက် အချက်အလက်များ

သင်စကားပြန်လိုပါသလား။ ဟုတ်ကဲ့ မဟုတ်ပါ။ ဟုတ်ကဲ့ဆိုလျှင် သင်ပို့နှစ်သက်သည့်ဘာသာစကားကို ရေးပါ -

လူနာသည် Medicaid လျှောက်ပြီးပြီလား။ ဟုတ်ကဲ့ မလျှောက်ရသေးပါ။

လူနာသည် TANF အခြေခံအစားအစာ၊ သို့မဟုတ် WIC ကဲ့သို့ ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ ရပါသလား။ ဟုတ်ကဲ့ မရပါ။

လူနာသည် လောလောဆယ် အိုးအိမ်မဲ့တစ်ဦးလား။ ဟုတ်ကဲ့ မဟုတ်ပါ။

လူနာ၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုသည် ကားတိုက်မှု သို့မဟုတ် အလုပ်ခွင်ဒဏ်ရာရမှုနှင့် သက်ဆိုင်ပါသလား။ ဟုတ်ကဲ့ မသက်ဆိုင်ပါ။

သတိပြုပါ

- သင်မှလျှောက်ထားသော်လည်း ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုရမည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ အာမခံနိုင်ပါ။
- သင်၏လျှောက်လွှာတင်ပြပြီးသည်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့ အချက်အလက်အားလုံးစစ်ဆေးပြီး နောက်ထပ်အချက်အလက် သို့မဟုတ် ဝင်ငွေအထောက်အထားများ တောင်းနိုင်ပါသည်။
- ဖြည့်ပြီးသားလျှောက်လွှာနှင့်စာရွက်စာတမ်းများရပြီးနောက် ပြက္ခဒိန် ၁၄ ရက်အတွင်း သင်ထောက်ပံ့ကြေးရရန် အကျိုးပင်မပင်ကို ကျွန်ုပ်တို့အသိပေးပါမည်။

လူနာနှင့် လျှောက်လွှာအချက်အလက်

နာမည်ပထမစကားလုံး	နာမည်အလယ်စကားလုံး		နာမည်နောက်ဆုံးစကားလုံး
<input type="checkbox"/> အမျိုးသား <input type="checkbox"/> အမျိုးသမီး <input type="checkbox"/> အခြား (ဖော်ပြနိုင်ပါသည် _____)	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်		စာရင်းနံပါတ်
ကုန်ကျစရိတ်ပေးရန်တာဝန်ရှိသူ	သို့	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	ဆိုရှယ်စကူရီတီနံပါတ် (ပေးလိုကပေးရန်)
စာထည့်ရန်လိပ်စာ	အဓိကဆက်သွယ်ရန်နံပါတ်(များ) () _____ () _____ အီးမေးလိပ်စာ -		
မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုတ် _____			
ကုန်ကျစရိတ်ပေးရန်တာဝန်ရှိသူ၏ အလုပ်အကိုင်အနေအထား			
<input type="checkbox"/> အလုပ်ရှိသည် (အလုပ်ခန့်သည့်ရက်စွဲ - _____) <input type="checkbox"/> အလုပ်မရှိ (အလုပ်မရှိသည်မှာ မည်မျှကြာပြီလဲ- _____)			
<input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသည် <input type="checkbox"/> ကျောင်းသား <input type="checkbox"/> မသန်စွမ်းသူ <input type="checkbox"/> အငြိမ်းစား <input type="checkbox"/> အခြား (_____)			

မိသားစု အချက်အလက်

သင်အပါအဝင် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိမိသားစုဝင်များကို ဖော်ပြပါ။ "မိသားစု" တွင် မီးဖွားခြင်း၊ အိမ်ထောင်ပြုခြင်း သို့မဟုတ် မွေးစားခြင်းဖြင့် အမျိုးတော်ကာ အတူနေသူများပါဝင်သည်။
မိသားစုအရွယ်အစား _____ *လိုအပ်ပါက နောက်ထပ်စာရွက်များ ပူးတွဲပေးပါ။*

အမည်	မွေးနေ့ သက္ကရာဇ်	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ	၁၈ နှစ်နှင့်အထက်ဆိုလျှင် - အလုပ်ရှင်(များ) ၏အမည် သို့မဟုတ် ဝင်ငွေရသည့်နေရာ	၁၈ နှစ်နှင့်အထက်ဆိုလျှင် - (အခွန်မနှုတ်မီ) စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ	ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လည်း လျှောက် နေသလား။
					ဟုတ်ကဲ့ / မလျှောက်ပါ။
					ဟုတ်ကဲ့ / မလျှောက်ပါ။
					ဟုတ်ကဲ့ / မလျှောက်ပါ။
					ဟုတ်ကဲ့ / မလျှောက်ပါ။

သင်ပြသသည့်ဆေးရုံနေရာကို အမှတ်အသားလုပ်ပါ -

- | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|
| q MultiCare ပျူဂျစ်စောင်းဆေးရုံများ | q MultiCare ကုန်းတွင်းအနောက်မြောက်ဆေးရုံများ | q Woodcreek ကလေးဆေးရုံ |
| q MultiCare ပျူဂျစ်စောင်းဆေးခန်းများ | q MultiCare ရော့ခ်ပုဒ်ဆေးခန်းများ | q ABC ဆေးခန်းများ |

* ၂၀၁၈ ခုနှစ် မတ်လ ၁ ရက်မှစ၍ MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care နှင့် MultiCare Urgent Care Clinic တို့တွင် ပြုပါက MultiCare ၏ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအစီအစဉ်မှ ကုန်ကျစရိတ်မပေးတော့ပါ။

q Olympic အားကစားနှင့်ကျောရိုး
87-0506-3e A (၄/၁၈ တွင် ပြုပြင်ရေးသား)

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုလျှောက်လွှာပုံစံ - လျှို့ဝှက် (အဆက်)

ဝင်ငွေအချက်အလက်

မှတ်မိရန် - သင့်လျှောက်လွှာနှင့်အတူ ဝင်ငွေအထောက်အထားပါ ပေးရမည်။

သင်သည် သင့်မိသားစုဝင်ငွေအချက်အလက်များ ပေးရမည်။ ဝင်ငွေရသည့်နေရာများတွင် ဥပမာအားဖြင့် အောက်ပါတို့ပါဝင်ပါသည် -
- လုပ်ငန်းများ - အလုပ်လက်မဲ့ - ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း - အလုပ်သမားလျော်ကြေး - မသန်စွမ်းမှု - SSI - ကလေး/မယား စရိတ်
- (ကျောင်းသားများအတွက်) အလုပ်လုပ်ရင်းပညာသင်သည့်အစီအစဉ်များ - ပင်စင် - အငြိမ်းစားငွေစုစာရင်းဝေစုများ - အခြား (ရှင်းပြပါ _____)

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် ဆုံးဖြတ်ရန် ဝင်ငွေအထောက်အထားလိုပါသည်။
အသက် ၁၈ နှစ်နှင့်အထက် မိသားစုဝင်အားလုံး ဝင်ငွေထုတ်ဖော်ပြောပြရပါမည်။ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းမပေးနိုင်ပါက သင့်ဝင်ငွေဖော်ပြချက်ကို စာဖြင့်ရေးသား
လက်မှတ်ထိုးကာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ ဝင်ငွေရကြောင်းဖော်ပြထားသည့်နေရာတိုင်းအတွက် အထောက်အထားပေးပါ။

ဝင်ငွေအထောက်အထားအတွက် နမူနာများတွင် အောက်ပါတို့ ပါပါသည် -

- "W-2" နတ်ယူထားသည့်ဖော်ပြချက်စာ၊ သို့မဟုတ်
- (၃ လစာ) လက်ရှိလုပ်ငန်းခွင်များ၊ သို့မဟုတ်
- မနှစ်က ဝင်ငွေခွန်ပြန်အမ်းချက်၊ ၎င်းအပြင် သက်ဆိုင်ပါက ပူးတွဲချက်များကိုပါ ပေးရန်၊ သို့မဟုတ်
- အလုပ်ရှင်များ သို့မဟုတ် အခြားသူများမှ ရေးသား၊ လက်မှတ်ထိုးထားသည့် ထွက်ဆိုချက်များ၊ သို့မဟုတ်
- အလုပ်လက်မဲ့ထောက်ပံ့ကြေး ခွင့်ပြုချက်/ငြင်းဆိုချက်။

သင့်တွင်ဝင်ငွေအတွက်အထောက်အထားမရှိပါက သို့မဟုတ် ဝင်ငွေမရှိပါက ရှင်းပြချက်ဖြင့် နောက်ထပ်စာရွက်တစ်မျက်နှာပူးတွဲပေးပါ။

နောက်ထပ်အချက်အလက်များ

ငွေကြေးအခက်အခဲ၊ ရာသီလိုက် သို့မဟုတ် ယာယီဝင်ငွေ၊ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းဆုံးရှုံးမှုများစသဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ကို သင်အသိပေးလိုသည့် လက်ရှိ ငွေကြေးအခြေအနေ
အကြောင်း အခြားအချက်အလက်များရှိပါက နောက်ထပ်စာရွက်တစ်မျက်နှာ ပူးတွဲပေးပါ။

လူနာ၏သဘောတူညီချက်

MultiCare ကျန်းမာရေးစနစ်သည် အကြွေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များသုံးသပ်ခြင်း၊ အခြားနေရာများမှ အချက်အလက်ရယူခြင်းတို့ဖြင့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် အရစ်ကျ
ပေးဆပ်မှုအစီအစဉ်များတွင် အကျိုးဝင်ခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်ရန် အချက်အလက်များကို အတည်ပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

အထက်ပါအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိသမျှ အမှန်အကန်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်ပေးသည့်အချက်အလက်များသည် မှားယွင်းကြောင်း
ဆုံးဖြတ်ပါက ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု ပြင်းဆန်စေမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်ရရှိသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အခပေးရန်ကျွန်ုပ်တွင်တာဝန်ရှိပြီး အခပေးရန်
မျှော်လင့်ထားကြောင်း နားလည်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ် ရက်စွဲ