

ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားခြင်း

အပိုင်း A- လူနာအချက်အလက်		
လူနာအမည်-	မွေးသက္ကရာဇ်-	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) (ဆန္ဒရှိပါက)-
လိပ်စာ-	တိုက်-	မြို့တော်/ပြည်နယ်-
စာပို့သင်္ကေတ-	ဖုန်းနံပါတ်-	အီးမေးလ်-
လူနာသည် အသက်မပြည့်သူဖြစ်ပါက သင်သည် ၎င်းတို့အတွက် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူလား။ ဟုတ်ပါသည် / မဟုတ်ပါ		
တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ အမည်-		

လူနာမှာ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံတစ်ခုခုရှိပါသလား။ ___ရှိပါသည် ___မရှိပါ

လူနာမှာ သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံရှိပါသလား။ ___ရှိပါသည် ___မရှိပါ

လူနာမှာ ဈေးကွက် (Marketplace) အာမခံရှိပါသလား။ ___ရှိပါသည် ___မရှိပါ

လူနာမှာ Medicare ရှိပါသလား။ ___ရှိပါသည် ___မရှိပါ

လူနာမှာ Medicaid/HIP (Hoosier Healthwise) ရှိပါသလား။ ___ရှိပါသည် ___မရှိပါ

လူနာသည် Medicaid/HIP (Hoosier Healthwise) ကို လျှောက်ထားသလား။ ___လျှောက်ထားပါသည် ___မလျှောက်ထားပါ လျှောက်ထားပါက နေ့စွဲ _____

အပိုင်း B- သင်တောင်းဆိုထားသူများအားလုံးကို သင့်အခွန်များတွင် စာရင်းဖော်ပြပါ။				
မိသားစုဝင် အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	အာမခံရှိပါသလား။ ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ-
အပိုင်း C- ဝင်ငွေ				
အိမ်ထောင်သည်လား။ ဟုတ်ပါသည်/မဟုတ်ပါ		သင် သို့မဟုတ် သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်သည် ဝန်ထမ်းလား/ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်သူလား။		
		ဟုတ်ပါသည်/မဟုတ်ပါ/အိမ်ထောင်မရှိပါ		
သင့်အိမ်ထောင်စုမှာ ဝင်ငွေရင်းမြစ်များရှိပါသလား။				ရှိပါသည် / မရှိပါ
စုစုပေါင်းလစဉ် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်မီ)-				

ပူးတွဲပို့မည့်အခါအခါအခါ ဤနေရာတွင် ပံ့ပိုးပေးထားသော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်တို့အား ပြည့်စုံစုံလင်စွာ ကြည့်ရှုနိုင်စေရန်အတွက် အတည်ပြုပါသည်။ လိုအပ်သည့် အတည်ပြုချက်တစ်စုံတစ်ရာအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ခွင့်ပြုထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ပေးထားသော အချက်အလက်များသည် မှားယွင်းနေသည် သို့မဟုတ် လှည့်ဖြားတတ်သည်ဟု ဆုံးဖြတ်ပါက ဝန်ဆောင်မှုများပေးသည့်နေ့များတွင် အသက်ဝင်သော မူရင်းအစီအစဉ်မှတ်တမ်းများကို လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ပေးထားသော ဝန်ဆောင်မှုများအားလုံးအတွက် အခကြေးငွေများကို ပေးဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ တာဝန်ရှိကြောင်း နာလည်ထားပါသည်။ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ကျွန်ုပ်တို့၏အာမခံခံစားခွင့် ဆုံးရှုံးသွားပါက သို့မဟုတ် ခံစားခွင့်ငြင်းပယ်ခံရပါက အာမခံခံစားခွင့် ဆုံးရှုံးမှု သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခံရမှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသော အခကြေးငွေများကို ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တို့ တာဝန်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှောက်လွှာလုပ်ငန်းစဉ်ကို လိုက်နာရန်ပျက်ကွက်ပါက သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးချေနိုင်သည့် ပြင်ပအစီအစဉ်များကို လျှောက်ထားရန် ငြင်းဆိုပါက ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာ အကူအညီကို ငြင်းပယ်ခံရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ထားပါသည်။

လျှောက်ထားသူ / အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- _____ နေ့စွဲ- _____

အသနားခံစာတစ်စောင် တင်သွင်းရန် ကျေးဇူးပြု၍ ခေါ်ဆိုပါ- 317-934-0779

ဤသည်မှာ လျှောက်ထားသော အခကြေးငွေလျှော့ချရေး ရရှိရန်အတွက် ယနေ့ရက်ချိန်းမှစ၍ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း ငွေကြေးဆိုင်ရာစာရွက်စာတမ်းအားလုံး တင်သွင်းရန်လိုအပ်ကြောင်း သတိပေးချက်ဖြစ်ပါသည်။ ဤစာရွက်စာတမ်းကို မရရှိပါက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေကြေးအပြည့်အစုံ တောင်းခံသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ သင်နှင့် သင့်မိသားစုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အောက်ဖော်ပြပါတို့ကို ပံ့ပိုးပေးပါ		
လစာဖြတ်ပိုင်း 2 ခု (နှစ်ပတ်တစ်ခါပေးလျှင်ပင်)	အပိုထောက်ပံ့ငွေ (SSI)/ မသန်စွမ်းမှု ထောက်ပံ့ကြေးစာ	ဝန်ထမ်းဖြစ်ပါက WorkOne ခွင့်ပြုချက်မိတ္တူ
ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်သူဖြစ်ပါက ယမန်နှစ်က အခွန်များ	ပင်စင်ထောက်ပံ့ကြေး စာ	
အလုပ်လက်မှတ် လျှောက်ကြေးငွေစာ		Medicaid/Marketplace မှ ငြင်းဆိုစာမိတ္တူ

ရုံးတွင်းသုံးရန်အတွက်သာ

အလုပ်သမား အတိုကောက်လက်မှတ်-	နေ့စွဲ-
-----------------------------	---------