

## NYS Uniform ဆေးရုံမှပေးသည့်ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် လျှောက်လွှာတင်ခြင်း

သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိပါက၊ သင့်ကျန်းမာရေးအာမခံကို အကုန်သုံးစွဲပစ်လိုက်ပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးကုသစရိတ်များကို ပေးချေထားကြောင်း အထောက်အထားရှိပါက သင်၏ငွေတောင်းခံလွှာများကိုပေးချေရန်အတွက် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကိုဖြည့်ခြင်းသည် ဆေးရုံမှပေးသည့်ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းခံမှုကို စတင်စေမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံအားလုံးတွင် အသုံးပြုပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဆေးရုံမှ ဝန်ဆောင်မှုပေးထားသော လူနာများပြောသော အဓိက ဘာသာစကားများဖြင့် ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေရမည်ဖြစ်သည်။

### လူနာအမည် (သက်ဆိုင်သည့်အချက်အလက်များကို အပြည့်အစုံဖြည့်ပါ)

|                                                                                                                                                |         |                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|--|
| လူနာအမည် (နာမည်၏ပထမဆုံးစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး)                                                                                    |         |                   |  |
| မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy)                                                                                                                      |         |                   |  |
| လိင်စာ                                                                                                                                         |         | တိုက်ခန်း/ယူနစ် # |  |
| မြို့                                                                                                                                          | ပြည်နယ် | စာတိုက်ကုဒ်       |  |
| ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း #                                                                                                                              |         |                   |  |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားပြုသူ၏အမည် (လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသောကလေးငယ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသောအရွယ်ရောက်ပြီးသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက) |         |                   |  |
| အီးမေးလ်လိပ်စာ (ရှိလျှင်)                                                                                                                      |         |                   |  |

### မိသားစုအချက်အလက်များ -

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မိသားစုဝင်အားလုံးကို အောက်တွင် စာရင်းပေးပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် လက်ထပ်သောသားသမီးတို့နှင့်အတူနေသည့်အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် သားသမီးများ သို့မဟုတ် အခြားမိခင်သူများ ပါဝင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ၎င်းတွင် အခွန်ပြန်တမ်း တစ်ခုတည်းအောက်တွင် ဖော်ပြထားသောလူအားလုံး ပါဝင်ပါသည်။

စုစုပေါင်းဝင်ငွေဆိုသည်မှာ အခွန်မဖြတ်မီ သင်ရရှိသည့်ဝင်ငွေကို ဆိုလိုပါသည်။

စုစုပေါင်းဝင်ငွေတွင် အလုပ်မှရရှိသောဝင်ငွေများ (လုပ်အားခများ၊ လစာများ၊ ဘောက်ဆူးများ၊ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှရရှိသောဝင်ငွေများ)၊ ကိုယ်တိုင်မရှာထားသည့်ဝင်ငွေ (လူမှုဖူလုံရေး၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် အလုပ်လက်မဲ့ဆိုင်ရာအကျိုးခံစားခွင့်များ)၊ ထောက်ပံ့ငွေများ (မိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေများထံမှ ရရှိသည့် ထောက်ပံ့ကြေးများ) နှင့် အခြားဝင်ငွေအရင်းအမြစ်များ (ယာယီအကူအညီနှင့် အပိုဆောင်းရရှိသည့်လူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေ) တို့ပါဝင်ပါသည်။

<sup>1</sup> “အဓိကစကားများ” ဆိုသည်မှာ တစ်နှစ်လျှင် ဆေးရုံသို့လာရောက်ကုသသည့် လူနာဦးရေ အနည်းဆုံး 5% မှ ပြောဆိုဆက်သွယ်ရန်အသုံးပြုသည့် ဘာသာစကားများ သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု လူဦးရေစာရင်းဌာန (United States Bureau of the Census) မှ ရရှိနိုင်သော လူဦးရေစာရင်းဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို အသုံးပြု၍ ကျောင်းဌာနများမှ ရရှိသည့် ဒေတာများဖြင့် ထပ်မံဖြည့်စွက်ကာ တွက်ချက်ထားသည့် ဆေးရုံ၏ အဓိကဝန်ဆောင်မှုပေးရန်အတွင်း လူဦးရေ 1% ထက်ပိုသော လူပုဂ္ဂိုလ်များက ပြောဆိုအသုံးပြုသော ဘာသာစကားများကို ဆိုလိုပါသည်။

| နာမည်အပြည့်အစုံ | တော်စပ်ပုံ     | စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (လက်ရှိ) |
|-----------------|----------------|----------------------------|
|                 | မိမိကိုယ်တိုင် |                            |
|                 |                |                            |
|                 |                |                            |
|                 |                |                            |
|                 |                |                            |
|                 |                |                            |
|                 |                |                            |

ဆေးရုံသည် သင့်ဝင်ငွေကို အထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းတင်ပြရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းကိုအထောက်အထားအဖြစ်ပြသည့်ဥပမာများတွင် လစာ ဖြတ်ပိုင်းတစ်စောင်၊ သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှစာတစ်စောင် (သက်ဆိုင်ပါက) သို့မဟုတ် Form 1040 တို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

### ကျန်းမာရေး အာမခံ အခြေအနေ

သင့်တွင် Medicaid၊ Medicare သို့မဟုတ် သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှတစ်ဆင့် ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် သင်ကိုယ်တိုင်ဝယ်ယူထားသော ကျန်းမာရေး အာမခံပုံစံတစ်ခုခုရှိပါသလား။ ☐ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ

အကယ်၍ သင်သည် “No” ဟုဖြေထားပါက ဤပရိုဂရမ်များထဲမှ တစ်ခုခုကို လျှောက်ထားရာတွင် အကူအညီလိုပါသလား။  
☐ လိုပါသည် ☐ မလိုပါ

### ကျန်းမာရေးအာမခံရှိထားသော်လည်း အာမခံအကျုံးဝင်မှုအနည်းငယ်သာရရှိသည့်လူနာများ - အာမခံရှိထားသော်လည်း

**ဆေးကုသစရိတ်များစွာအကုန်အကျခံရသည့်လူနာများ။** သင့်တွင် အာမခံရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ လွန်ခဲ့သည့် 12 လအတွင်း သင်ပေးဆောင်ခဲ့သော ဆေးကုသ စရိတ်ဆိုင်ရာငွေတောင်းခံလွှာများကို အကြမ်းဖျင်းခန့်မှန်းဖော်ပြပေးပါ။

\$

ဆေးရုံမှနေ၍ သင်ပေးချေထားသည့် ဆေးကုသစရိတ်ဆိုင်ရာအထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများ တင်ပြရန် သင့်အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

**လူနာ/တာဝန်ရှိသူ - လူနာမဟုတ်ပါက ဖောင်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏အမည်နှင့် လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ထိုးပိုင်ခွင့်ရှိသည့် (ဥပမာ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ တရားဝင်ကိုယ်စားပြုသူ) ကို ဖော်ပြပါ။**

ကျွန်ုပ်တင်ပြသောအချက်အလက်များကို ပြင်ပအရင်းအမြစ်ဌာနများမှ စိစစ်အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန် ပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။

|                     |          |
|---------------------|----------|
| လူနာအမည်            | ရက်စွဲ - |
| လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ |          |
| လက်မှတ်             |          |

## အနည်းဆုံးပြည့်မီရမည့်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များ

### လျှောက်လွှာတင်ရမည့်အချိန်၊ လူနာအခွင့်အရေးများနှင့် လျှို့ဝှက်ထားရေး

- ကောက်ခံသည့်လုပ်ငန်းစဉ်ကို ဆောင်ရွက်နေသည့်အချိန်အတွင်း မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် သင်လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် သင်လျှောက်ထားမှုအပေါ်ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်လက်ခံမရရှိမချင်း ဤဆေးရုံသို့ ငွေတစ်စုံတစ်ရာမျှ ပေးဆောင်ရန် မလိုအပ်ပါ။ သင်လျှောက်လွှာကို ဆောင်ရွက်နေဆဲဖြစ်သည့်အချိန်တွင် ဆေးရုံများသည် ငွေကောက်ခံရေးအဖွဲ့သို့ အကောင့်များကို လက်ဆင့်ကမ်းပေးပို့မရနိုင်ပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် ငြင်းပယ်ခံရပါက သင့်တွင် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ယင်းသို့အယူခံဝင်ရန် မည်သို့လုပ်ဆောင်နိုင်မည်ဆိုသည့် အချက်အလက်များကို သင်လက်ခံရရှိမည့် ဆေးရုံမှအသိပေးစာတွင် ထည့်သွင်းထားပါသည်။ သင့်တွင် သင်ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် ရရှိသည့်ငွေပမာဏ နှင့်ပတ်သက်၍ အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဆေးရုံသည် ၎င်းတို့၏ဆုံးဖြတ်ချက်ချသည့်စာတွင် အယူခံဝင်ပုံနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းထားမည် ဖြစ်သည်။
- ဆေးရုံများသည် သင့်ထံသို့ ပထမဆုံးအကြိမ်ငွေတောင်းခံလွှာပေးပို့ပြီးနောက် အနည်းဆုံး ရက်ပေါင်း 180 အတွင်း မပေးဆောင်ရသေးသောငွေတောင်းခံလွှာများကို ငွေကောက်ခံရေးအဖွဲ့သို့ ပေးပို့၍မရနိုင်ပါ။
- ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 400% အောက်တွင်ရှိသော လူနာများ၏ မပေးဆောင်ရသေးသည့် ဆေးကုသစရိတ်ဆိုင်ရာငွေတောင်းခံလွှာများမှ ငွေပြန်ရနိုင်ရန် အတွက် တရားစွဲမှုများအပါအဝင် ဥပဒေအရ အရေးယူခြင်းမပြုရန် ဆေးရုံများကို တားမြစ်ထားသည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုဆိုင်ရာလမ်းညွှန်ချက်များကို ဤနေရာတွင် ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။ <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် သင့်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် အချက်အလက်အားလုံးကို ဆေးရုံကသာအသုံးပြုမည်ဖြစ်ပြီး ဥပဒေကခွင့်ပြုထားသည့်သတ်မှတ်ချက်အတိုင်းအတာအထိ လျှို့ဝှက်ထားမည်ဖြစ်ပါသည်။
- သင့်တွင် မပေးဆောင်ရသေးသည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာငွေတောင်းခံလွှာတစ်ခု ရှိနေသဖြင့်ဟုဆို၍ ဆေးရုံသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရလိုအပ်သောဝန်ဆောင်မှုများကို ပယ်ချ၍မရနိုင်ပါ။
- ဤလျှောက်လွှာအတွက် အကူအညီလိုအပ်ပါက UVM Health Network ၏ ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီပေးရေးရုံးသို့ (802)847-8000 သို့မဟုတ် (800) 639-2719 မှတဆင့်ဆက်သွယ်ပါ။
- ဤလျှောက်လွှာအတွက် သင် နောက်ထပ်အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို အယူခံဝင်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက ရပ်ရွာကျန်းမာရေးရှေ့နေများ (Community Health Advocates) ထံသို့ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ - 888-614-5400။

### အရည်အချင်းပြည့်မီမှု

အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ဝင်ငွေအဆင့်ထက်ပိုများသည့် ဝင်ငွေရှိသည့်လူနာများအတွက် ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ လျှော့စျေးများရရှိနိုင်ရန်အတွက် လူနာ၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို သတ်မှတ်နိုင်ရန်နှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ (Public Health Law) မှ သတ်မှတ်ပြဌာန်းထားသည့်ထက် အရည်အချင်းပြည့်မီသောလူနာများအတွက် ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာလျှော့စျေးများပေးဆောင်နိုင်ရန် ဆေးရုံတစ်ခု၏စွမ်းဆောင်ရည်ကို မည်သည့်အရာကမျှ ကန့်သတ်ထားခြင်းမရှိပါ။ ထို့အပြင် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးအခြေအနေသည် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်းဆိုင်ရာသတ်မှတ်ချက်တစ်ခုမဟုတ်ပါ။

အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်များ အရည်အချင်းပြည့်မီသည်-

- ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိသော ဝင်ငွေနည်းသူများ သို့မဟုတ်
- ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း (လွန်ခဲ့သည့်ဆယ်နှစ်လအတွင်း အိတ်စိုက်၍ပေးဆောင်ထားသည့် ဆေးကုသစရိတ်များသည် ၎င်းတို့၏နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ၏ ဆယ်ရာခိုင်နှုန်းထက်များသည့်) အာမခံအကျိုးဝင်မှုအနည်းငယ်သာရရှိသူများ သို့မဟုတ်
- ၎င်းတို့၏ကျန်းမာရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များကို အကုန်အသုံးပြုပြီးသူများနှင့် ဆေးကုသစရိတ်များကို အပြည့်အဝပေးဆောင်ရန် မတတ်နိုင်ကြောင်း ပြသနိုင်သူများ သို့မဟုတ်
- ဆေးရုံ၏ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ၎င်းတို့၏ ပူးတွဲပေးချေမှုနှင့်/သို့မဟုတ် နုတ်ဖြတ်ငွေကို ပေးဆောင်ရန် မတတ်နိုင်ကြောင်း ပြသနိုင်သူများသည် လျှော့ချထားသောငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် လျှော့စျေးပေးထားသည့်ငွေပေးချေမှုကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် 400% အထိရှိသူများသည် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။

| ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်များ (2026) |           |           |           |
|------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| မိသားစုအရေအတွက်                          | 200%      | 300%      | 400%      |
| 1 ဦး                                     | \$31,920  | \$47,880  | \$63,840  |
| 2 ဦး                                     | \$43,280  | \$64,920  | \$86,560  |
| 3 ဦး                                     | \$54,640  | \$81,960  | \$109,280 |
| 4 ဦး                                     | \$66,000  | \$99,000  | \$132,000 |
| 5 ဦး                                     | \$77,360  | \$116,040 | \$154,720 |
| 6 ဦး                                     | \$88,720  | \$133,080 | \$177,440 |
| 7 ဦး                                     | \$100,080 | \$150,120 | \$200,160 |

နှစ်စဉ်အပ်ဒိတ်ပြုလုပ်သည် - <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### အနိမ့်ဆုံးလျှော့ချပေးမှုနှုန်းထားများ

အကယ်၍ သင်သည် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အောက်ပါအတိုင်း ဝင်ငွေပေါ်မူတည်၍ ဝန်ဆောင်ခများကို လျှော့ချပေးသည့်နှုန်းထားဖြင့် သင့်ဝင်ငွေအလိုက် ကျသင့်ငွေများကို လျှော့ချပေးမည်ဖြစ်သည်။

| ဝင်ငွေအဆင့်     | ငွေပေးချေမှု                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 200% FPL အောက်  | ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးအတွက် ကင်းလွတ်ခွင့်ရသည်                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 200% - 300% FPL | ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိသည့်လူနာများ - Medicaid မှ ဝန်ဆောင်မှု(များ) အတွက် ပေးချေရမည့် ငွေပမာဏ၏ 10% အထိ ဝင်ငွေပေါ်မူတည်၍ ဝန်ဆောင်ခများကိုလျှော့ချပေးသည့်နှုန်းထား။<br><br>ကျန်းမာရေးအာမခံရှိထားသော်လည်း အာမခံအကျိုးဝင်မှုအနည်းငယ်သာရရှိသည့်လူနာများ - လူနာ၏အာမခံကုမ္ပဏီမှ ကုန်ကျစရိတ်မျှဝေကျခံပေးမှုအရ ပေးချေရမည့်ငွေပမာဏ၏ အများဆုံး 10% အထိ  |
| 301% - 400% FPL | ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိသည့်လူနာများ - Medicaid မှ ဝန်ဆောင်မှု(များ) အတွက် ပေးချေရမည့် ငွေပမာဏ၏ 20% အထိ ဝင်ငွေပေါ်မူတည်၍ ဝန်ဆောင်ခများကိုလျှော့ချပေးသည့်နှုန်းထား။<br><br>ကျန်းမာရေးအာမခံရှိထားသော်လည်း အာမခံအကျိုးဝင်မှုအနည်းငယ်သာရရှိသည့်လူနာများ - လူနာ၏အာမခံကုမ္ပဏီမှ ကုန်ကျစရိတ်မျှဝေကျခံပေးမှုအရ ပေးချေရမည့်ငွေပမာဏ၏ အများဆုံး 10% အထိ။ |

### အရစ်ကျပေးချေသည့်အစီအစဉ်များ

လျှော့ချပေးထားသည့်နှုန်းထားကို တစ်ခါတည်းအပြီးပေးချေရန်မတတ်နိုင်သော လူနာများအတွက် အရစ်ကျပေးချေသည့်အစီအစဉ်များ ရရှိနိုင်ပါသည်။ လစဉ်ပေးဆောင်ရမည့်ငွေသည် သင့်လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ၏ 5% ထက်မပိုနိုင်ပါ။ မပေးဆောင်ရသေးသည့်ကြွေးကျန်ငွေပမာဏပေါ်တွင် လူနာအား ကောက်ခံသည့် အတိုးနှုန်း (ရိပါက) မှာ 2% ထက်မပိုစေရပါ။

### အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေဆိုင်ရာအထောက်အထားပြရန်အတွက်တောင်းဆိုချက်

ကျေးဇူးပြု၍ လူနာ၊ ၎င်းတို့၏အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် မှီခိုသူများ (ကလေးများကဲ့သို့သော) အတွက် ဝင်ငွေဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပါ။  
ဥပမာအားဖြင့် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေကိုတွက်ချက်ရာတွင် အခွန်ပြန်တမ်းတစ်ခုတည်းအောက်တွင် ပါဝင်သူအားလုံး (အခွန်ဆောင်သူ၊ အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် အခွန်စာရင်းတွင် မှီခိုသူဖြစ်သည့်မိသားစုဝင်များ) ကို ထည့်သွင်းတွက်ချက်ရပါမည်။

အောက်ပါတို့သည် သင့်ဝင်ငွေကို သက်သေပြရန် သင်အသုံးပြုနိုင်သော စာရွက်စာတမ်းများစာရင်းဖြစ်သည်။ ဤစာရွက်စာတမ်းအားလုံးကို တင်ပြရန် မလိုအပ်ပါ။ သင့်တွင် ဝင်ငွေမရှိပါက အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေမရှိကြောင်းထုတ်ပြန်ချက်ကိုလည်း တင်ပြနိုင်ပါသည်။

NY State of Health Marketplace မှ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကြောင်းသတ်မှတ်ထားသည့်စာမျက်နှာကိုလည်း တင်ပြနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် ဤစာရွက်စာတမ်းရှိ ပါက အောက်ဖော်ပြပါ ဝင်ငွေ အချက်အလက်များကို ဆေးရုံသို့ ထပ်မံ တင်ပြရန် မလိုအပ်ပါ။

| အိမ်ထောင်စုမှ အောက်ပါငွေပမာဏကို လက်ခံရရှိပါက - | တစ်လလျှင် လက်ခံရရှိသည့်ငွေပမာဏ - | လျှောက်ထားသူသည် အောက်ပါတို့ကို တင်ပြနိုင်သည် -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| လုပ်ခလစာများ                                   | \$                               | ကျေးဇူးပြု၍ လစာဖြတ်ပိုင်းတစ်ခု (သို့) အလုပ်ရှင်ထံမှ လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ထားသော ကုမ္ပဏီ၏စာ ခေါင်းပါသည့်စာ သို့မဟုတ် မကြာသေးမီက တင်သွင်းထားသော ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းတို့ကို တင်ပြပါ။                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာပေးငွေ                     | \$                               | အကျိုးခံစားခွင့်လက်ခံရရှိသည့်စာမိတ္တူ/တရားဝင်အထောက်အထားစာမိတ္တူ သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ရှိ လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာစီမံခန့်ခွဲရေးဌာနမှ စာ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုထားသည့် အထောက် အထားမိတ္တူ သို့မဟုတ် နှစ်စဉ်အကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူ။ သင့်လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုရန် 1-800-772-1213 သို့ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။                                                                      |
| အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်ငွေ                | \$                               | အကျိုးခံစားခွင့်လက်ခံရရှိသည့်စာမိတ္တူ/တရားဝင်အထောက်အထားစာမိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS အလုပ်သမားဌာနမှ လစဉ်အကျိုးခံစားခွင့်ရှင်းတမ်းမိတ္တူ သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေထားသော ကြိုတင်ငွေပေးချေကတ်မိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS အလုပ်သမားဌာနမှ စာ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် ပြောဆိုဆက်သွယ်ထားသည့်အထောက်အထားမိတ္တူ သို့မဟုတ် စာ သို့မဟုတ် အီးမေးလ် လက်ခံရရှိသူ၏အကောင့်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို NYS အလုပ်သမားဌာန၏ဝဘ်ဆိုဒ် ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ) မှ ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေထားသည့်အထောက်အထားမိတ္တူ။ |
| မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာပေးငွေ                      | \$                               | အကျိုးခံစားခွင့်လက်ခံရရှိသည့်စာမိတ္တူ/တရားဝင်အထောက်အထားစာမိတ္တူ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာစီမံခန့်ခွဲရေးဌာနမှ စာ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် ပြောဆိုဆက်သွယ်ထားသည့်အထောက်အထားမိတ္တူ သို့မဟုတ် နှစ်စဉ်အကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူ။ သင့်အကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုရန် 1-800-772-1213 သို့ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။                                                                                                             |
| အလုပ်သမား အကျိုးခံစားခွင့်ငွေ                  | \$                               | အကျိုးခံစားခွင့်လက်ခံရရှိသည့်စာမိတ္တူ သို့မဟုတ်ချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်းမိတ္တူ။                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| အိမ်ထောင်စုမှ အောက်ပါငွေပမာဏကို<br>လက်ခံရရှိပါက - | တစ်လလျှင်<br>လက်ခံရရှိသည့်ငွေပမာဏ - | လျှောက်ထားသူသည် အောက်ပါတို့ကို တင်ပြနိုင်သည် -                                                                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| မယားစရိတ်/ကလေးထောက်ပံ့ကြေး                        | \$                                  | တရားရုံးအမိန့်စာမိတ္တူ သို့မဟုတ် 3 လစာ လက်ခံရရှိပြီး ငွေထုတ်ထားသည့်<br>ချက်လက်မှတ်/ပြေစာမိတ္တူ။                                   |
| အမြတ်ဝေစုများ/အတိုး                               | \$                                  | သုံးလတစ်ကြိမ် အမြတ်ဝေစုရှင်းတမ်းများ သို့မဟုတ် 1 လစာ ရှင်းတမ်း။                                                                   |
| အခြား                                             | \$                                  | ငှားရမ်းခဝင်ငွေ၊ ကြိုရာကျပန်းအလုပ်များမှရရှိသည့်ငွေသား၊ စသည်ဖြင့်<br>လစာနှင့်မသက်ဆိုင်သည့်ဝင်ငွေပမာဏ (ရှိလျှင်) ကို ဖော်ပြသည့်စာ။ |
| ဝင်ငွေမရှိပါ                                      | \$0                                 | ဝင်ငွေမရှိကြောင်း လက်မှတ်ထိုးထားသောထုတ်ပြန်စာ။                                                                                    |