



နေထိုင်ကြောင်း ကြေညာချက်

18 V.S.A. § 9481(12)

လူနာ၏အမည် - _____

လူနာ၏မွေးနေ့ - _____

နေ့စွဲ - _____

University of Vermont Health ငွေကြေးအကူအညီ ပရိုဂရမ် (Financial Assistance Program) အရ ငွေကြေးအကူအညီကို လျှောက်ထားမှုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤတွင် အောက်ပါတို့ကို မှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ -

1) ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားမှုအရ ကျွန်ုပ်တို့ရရှိခဲ့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိခဲ့သည့် အချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဗားမောင့်ပြည်နယ်၌ နေထိုင်ခဲ့ပါသည်။ ထို့အပြင်

2) ယင်းအချိန်အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့တွင် အမြဲတမ်း အတည်တကျ နေထိုင်စရာ မရှိခဲ့ပါ။

ဤစာရွက်စာတမ်းကို လူနာ၏ကိုယ်စား အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုထားသော ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ တစ်ဦးက လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ပါသည်။ ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားမှု တစ်ခုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ ဤစာရွက်စာတမ်းကို

လက်မှတ်ထိုးကာ UVM Health ထံသို့ ပေးပို့သောအခါတွင် လူနာသည် ငွေကြေးအကူအညီ ရရှိရန်
စည်းကမ်းတစ်ခုအဖြစ် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေခံကို ထပ်မံ၍ အသင့်ပြင်ထားရန် လိုအပ်မည်မဟုတ်ပါ။

လူနာ (သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ်
ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ) ၏လက်မှတ်

(သက်ဆိုင်ပါက) အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ်
ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ စာလုံးအကြီးဖြင့်အမည်