

ငွေကြေးအကူအညီ ပရိုဂရမ် လျှောက်လွှာ

ဝန်ဆောင်မှုများ၏ တည်နေရာကို ရွေးချယ်ပေးပါ (သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးကို ရွေးချယ်ပေးပါ)

Central Vermont Medical Center
 Porter Medical Center
 UVM Medical Center

အိမ်ထောင်စီးစီး / ငွေကြေးဆိုင်ရာ အာမခံသူ အချက်အလက်

အိမ်ထောင်စီးစီး

မွေးနေ့	လူမှုဖူလုံရေး #	အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ	ဖုန်းနံပါတ်

လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ

အိမ်ထောင်စုဝင်များ

အတူနေ လက်တွဲဖော်တစ်ဦး အပါအဝင် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် နေထိုင်သော အိမ်ထောင်စုဝင်များ အားလုံးကို ဖော်ပြပါ။ အတူနေ လက်တွဲဖော်ဆိုသည်မှာ ဆက်ဆံရေးတစ်ခု ပြုလုပ်ရန် ရည်ရွယ်၍ သင်နှင့်အတူ နေထိုင်သူတစ်ဦးကို ဆိုလိုပါသည်။ လက်တွဲဖော်တွင် အခန်းဖော် မပါဝင်ပါ။

အမည်	မွေးနေ့	လူမှုဖူလုံရေး #	တော်စပ်ပုံ

အပိုဆောင်း အချက်အလက်

သင်က ကျန်းမာရေးအာမခံ မူဝါဒ တစ်ခုခုတွင် အကျုံးဝင်ပါသလား။ ဟုတ်ပါက အချက်အလက်ကို အောက်တွင် ဖော်ပြပါ -	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
အာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် -	အိုင်ဒီ # -
ဗားမောင့်ပြည်နယ် သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid တွင် အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခဲ့ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ဗားမောင့်ပြည်နယ် သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ် Health Exchange တွင် အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခဲ့ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင်က ဗားမောင့်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ခြင်း၊ အလုပ်လုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် ကျောင်းတက်ခြင်း ဟုတ်ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

လစဉ် ကုန်ကျမှုများ သင့်ငွေကြေးအခြေအနေကို ပိုမိုနားလည်နိုင်စေရန် ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်

အငှား သို့မဟုတ် အပေါင်ခံ	\$:	ဆေးဝါးများ	\$:
အိမ်ခွန်	\$:	ကျန်းမာရေးအာမခံ	\$:
အိမ်သုံးဝန်ဆောင်မှုများ (ရေ / လျှပ်စစ်မီး)	\$:	ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ငွေတောင်းခံလွှာများ	\$:
မော်တော်ယာဉ် (ကားအတွက် ငွေပေးချေမှု)	\$:	အာမခံ (မော်တော်ယာဉ် / အိမ်ခြံမြေ)	\$:
ကလေး ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု	\$:	မယားစရိတ် / ကလေးစရိတ်	\$:
နေထိုင်ခြင်း (အစားအစာ / လောင်စာဆီ)	\$:	အခြား	\$:

အလုပ်ခန့်အပ်မှု		
	အိမ်ထောင်ဦးစီး / ငွေကြေးဆိုင်ရာ အာမခံသူ	အိမ်ထောင်ဖက် / အတူနေ လက်တွဲဖော်
အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အောက်ပါတို့ ဖြစ်ပါက အပိုင်းပိုင်းပါ - (အငြိမ်းစား / ကျောင်းသားကျောင်းသူ / အလုပ်လက်မဲ့)		
လစဉ်ဝင်ငွေ		
အကြမ်းဖျင်း လစဉ်လစာ	\$:	\$:
ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေ	\$:	\$:
လူမှုဖူလုံရေး	\$:	\$:
ပင်စင် / အငြိမ်းစားခံစားခွင့်	\$:	\$:
မသန်စွမ်းမှု (VA မပါဝင်)	\$:	\$:
အလုပ်လက်မဲ့	\$:	\$:
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေ	\$:	\$:
အစုရှယ်ယာအမြတ် ဝင်ငွေ	\$:	\$:
အခြားဝင်ငွေ -	\$:	\$:
ငွေအမြန်ရရှိနိုင်သော ပိုင်ဆိုင်မှုများ		
ငွေသား / စုငွေများ / ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ		
	အိမ်ထောင်ဦးစီး / ငွေကြေးဆိုင်ရာ အာမခံသူ	အိမ်ထောင်ဖက် / အတူနေ လက်တွဲဖော်
စာရင်းရှင်	\$:	\$:
စုငွေများ	\$:	\$:
CD	\$:	\$:
စတော့များ / စုပေါင်းစုငွေများ	\$:	\$:
ငွေစုစာချုပ်များ	\$:	\$:
နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေများ (ငွေအမြန်ရရှိနိုင်လျှင်)	\$:	\$:
ငွေကြေးဈေးကွက်	\$:	\$:
ယုံကြည်အပ်နှံမှုအကောင့် (ငွေအမြန်ရရှိနိုင်လျှင်)	\$:	\$:
အခြား -	\$:	\$:
အပိုဆောင်း ပိုင်ဆိုင်မှု		
(သင့်အဓိက နေထိုင်ရာနေရာ မပါဝင်ပါ)		
	တန်ဖိုး	အပေါင်ကြွေးကျန်
အားလပ်ရက် / ဒုတိယအိမ်	\$:	\$:
မြေကွက်	\$:	\$:
အငှား အိမ်ခြံမြေ	\$:	\$:
ကျွန်ုပ်တို့ကို သင်အသိပေးလိုသည့် သင့်လက်ရှိ ငွေကြေးအခြေအနေအကြောင်း အခြားမည်သည့် အချက်အလက်ကိုမဆို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ အိမ်ငှားခ သို့မဟုတ် အစားအစာအတွက် ပေးချေရန် အခက်အခဲရှိခြင်း အစရှိသည်။		

နောက်လာမည့် စာမျက်နှာတွင် လျှောက်လွှာကို ပြီးအောင်ဖြည့်ကာ လက်မှတ်ထိုးပါ

စာရွက်စာတမ်း စစ်ဆေးရမည့်စာရင်း

သင့်ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို လက်ခံရယူမည့် ဆေးရုံရှိ ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေကြေးအကူအညီ ပရိုဂရမ် (Financial Assistance Program) ထံသို့ အထောက်အကူပြုသော စာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ သင်ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပို့ပေးပါ။ အကူအညီအတွက် သတ်မှတ်ချက်နှင့် ညီခြင်းသည် ဝင်ငွေနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှုများ စစ်ဆေးမှုတစ်ခု အပါအဝင် စုစည်းထားသော စံသတ်မှတ်ချက်များအပေါ် မူတည်ပါသည်။ သင့်လျှောက်လွှာကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် သင့်ငွေကြေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်ကို အထောက်အကူပြုရန် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော သက်ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများကို ထည့်ပေးပါ။

ဝင်ငွေ -

- လတ်တလောအဖြစ်ဆုံး ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်စာရင်း
- ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်စာရင်းအစား အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အစားထိုးစရာများကို သင်တင်ပြနိုင်ပါသည် -
 - အလုပ်ခန့်အပ်ခံရခြင်း / ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်ကိုင်ခြင်း -
 - လတ်တလောအဖြစ်ဆုံးသော နှစ်လဆက်တိုက် ရရှိငွေ စာရင်းရှင်းတမ်းများ (လစာဖြတ်ပိုင်းများ)
 - အလုပ်ရှင်တစ်ဦးထံမှ စာဖြင့်ရေးသားထားသော ဝင်ငွေအတည်ပြုချက် (ငွေသားဖြင့် ပေးချေခြင်း ဖြစ်ပါက)
 - ရွှေ့ပြောင်းလုပ်သား စာချုပ်အကြောင်း စာဖြင့်ရေးသားထားသော အတည်ပြုချက်
 - Open-Door Clinic ထံမှ စာဖြင့်ရေးသားထားသော အတည်ပြုချက်
 - လူမှုဖူလုံရေး - လက်ရှိနှစ်အတွက် အကျိုးခံစားခွင့် အတည်ပြုချက် စာလွှာ -သို့မဟုတ်- လတ်တလောအဖြစ်ဆုံး 1099-SSA စာရင်းရှင်းတမ်း
 - ပင်စင်/အငြိမ်းစားခံစားခွင့် - လက်ရှိဖြစ်သော အကျိုးခံစားခွင့် အတည်ပြုချက် စာလွှာ -သို့မဟုတ်- လတ်တလောအဖြစ်ဆုံး 1099-R စာရင်းရှင်းတမ်း
 - အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း - လက်ရှိဖြစ်သော အကျိုးခံစားခွင့် စာရင်းရှင်းတမ်း
 - ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေ - အိမ်ခြံမြေသည် ပိုင်ဆိုင်မှုများတွင် မပါဝင်ပါက နှစ်စမှ ယခုအထိ အရှုံးအမြတ် စာရင်းရှင်းတမ်း
 - အများပြည်သူ အကူအညီ (ဥပမာ Medicaid၊ အစားအစာ ဝယ်ခွင့်ကုပွန်များ အစရှိသည်) ၏ စာရွက်စာတမ်း

ငွေအမြန်ရနိုင်သော ပိုင်ဆိုင်မှုများ -

- အောက်ပါတို့အတွက် သင့်ငွေကြေးအဖွဲ့အစည်းထံမှ လက်ရှိ စာရင်းရှင်းတမ်း -
 - စာရင်းရှင်နှင့် စုငွေများ
 - အပ်နှံငွေ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ် (CD)
 - စတော့များ / စုပေါင်းစုငွေများ / ငွေစုစာချုပ်များ / ငွေကြေးဈေးကွက်
 - နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေများ၊ ငွေအမြန်ရနိုင်လျှင်
 - အငှား အိမ်ခြံမြေ (အကယ်၍ ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေကို သင့်ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်စာရင်း၌ မထည့်သွင်းထားလျှင်)

ဂရုတစိုက် ဖတ်ပေးပါ

ကျွန်ုပ်တို့သည် University of Vermont Health Network ၏ ဗားမောင့်ပြည်နယ် ပါတနာများထံမှ ငွေကြေးအကူအညီကို တောင်းခံနေခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ပေးထားသော အချက်အလက်များ အားလုံးသည် တိကျပြီး ပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အတည်ပြုပါသည်။ University of Vermont Health Network သည် ဆီလျော်သော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုရန်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ အကောင်အထည်များ၊ လျှောက်လွှာနှင့် အထောက်အကူပြုသော စာရွက်စာတမ်းများနှင့် စပ်လျဉ်းသော အချက်အလက်ကို ၎င်း၏ အကျိုးတူလုပ်ဆောင်သော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ဖလှယ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ခွင့်ပြုချက်ကို ရရှိပါသည်။ ပေးထားသည့် မမှန်ကန်သော၊ မပြည့်စုံသော သို့မဟုတ် မှားယွင်းသော မည်သည့်အချက်အလက်မဆိုကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားမှုကို ပယ်ဖျက်ခံရနိုင်ပါသည်။ ဤငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်လွှာတွင် အကျိုးဝင်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် မည်သည့်ငွေပေးချေမှု အမျိုးအစားကိုမဆို ကျွန်ုပ်တို့လက်ခံရရှိပါက ငွေကြေးအကူအညီ ချိုးမြှင့်မှု အပြည့်အဝကို ပြန်လည်ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူပါသည်။ ပေးထားသော အချက်အလက်များ အားလုံးကို HIPAA ဖက်ဒရယ် စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များပါ ပြဌာန်းချက်များအရ ဆက်လက်၍ လျှို့ဝှက်ထားရပါမည်။

အိမ်ထောင်ဦးစီး / ငွေကြေးဆိုင်ရာ အာမခံသူ၏ လက်မှတ်	နေ့စွဲ

သင်ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပို့ပေးပါ။ လျှောက်လွှာနှင့်အတူ လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများကို ပူးတွဲထည့်ပေးထားကြောင်း သေချာအောင် စစ်ပေးပါ။

University of Vermont Medical Center
 Financial Assistance Program
 Patient Access Department IDX 22052
 111 Colchester Avenue
 Burlington, VT 05401