NYS Uniform Hospital ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်လွှာ

သင်က အာမခံမရှိသူ၊ သင့်အာမခံ လျော်ကြေးပမာဏ ပြည့်သွားလျှင် သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော စုစုပေါင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျမှုများကို ပေးချေခဲ့ရကြောင်း သက်သေခံရှိလျှင် သင့်ငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးချေရန် ဆေးရုံ ငွေကြေးအကူအညီကို ရခြင်းရှိနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် ဆေးရုံ ငွေကြေးအကူအညီအတွက် သင့်တောင်းဆိုမှုကို စတင်လုပ်ဆောင်ပါမည်။ ဤဖောင်ပုံစံကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးက အသုံးပြုပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဆေးရုံက ဝန်ဆောင်မှုပေးသော လူနာများ ပြောဆိုကြသော အဓိက[1] ဘာသာစကားများဖြင့် ပုံနှိပ်ထားရပါမည်။

လူနာအမည် (သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်ကို ဖြည့်စွက်ပါ)

လူနာအမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)		
မွေးနေ့ (လ/ရက်/နှစ်)		
လိပ်စာ	တိုက်ခန်း/ယူနစ် #	
မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း #		
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်၏အမည် (လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသူ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် ကိုယ်တိုင်မဆောင်ရွက်နိုင်သော လူကြီးတစ်ဦးဖြစ်လျှင်)		
အီးမေးလ်လိပ်စာ (ရှိလျှင်)		

မိသားစု အချက်အလက် -

အောက်တွင် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မိသားစုဝင်များ အားလုံးကို စာရင်းပြုစုပေးပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အတူနေ လက်တွဲဖော်နှင့် မည်သည့်ကလေးများ သို့မဟုတ် အခြားမှီခိုသူများမဆို ပါဝင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ၎င်းတွင် တူညီသော အခွန်စာရင်း၌ ဖော်ပြထားသူတိုင်း ပါဝင်ပါမည်။

အကြမ်းဖျင်းဝင်ငွေ ဆိုသည်မှာ အခွန်များ**မနုတ်ယူမီ**သင့်ဝင်ငွေကို ဆိုလိုပါသည်။

အကြမ်းဖျင်းဝင်ငွေတွင် အလုပ်မှရရှိငွေများ (လုပ်အားခများ၊ လစာများ၊ သဒ္ဒါကြေးများ၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ ရရှိငွေများ)၊ အလုပ်မှရရှိခြင်း မဟုတ်သောငွေများ (လူမှုဖူလုံရေး၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ)၊ ကူညီထောက်ပံ့ငွေများ (မိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေများထံမှငွေများ) နှင့် အခြားဝင်ငွေ အရင်းအမြစ်များ (ယာယီ အကူအညီနှင့် နောက်ဆက်တွဲ ဖူလုံရေးဝင်ငွေ) ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

အမည်အပြည့်အစုံ	တော်စပ်ပုံ	စုစုပေါင်း အကြမ်းဖျင်းဝင်ငွေ (လက်ရှိ)
	ကိုယ်တိုင်	

[1] "အဓိက ဘာသာစကားများ" တွင် နှစ်စဉ် လာရောက်ပြသသော လူနာများ၏ အနည်းဆုံး 5% က ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် အသုံးပြုသော မည်သည့်ဘာသာစကားမဆို သို့မဟုတ် ဆေးရုံက ဝန်ဆောင်မှုပေးသော အဓိကနေရာရှိ လူဦးရေ၏ 1% ထက်ပို၍ ပြောဆိုသော မည်သည့်ဘာသာစကားမဆို ပါဝင်ပြီး ၎င်းကို ကျောင်းစနစ်များထံမှ ဒေတာဖြင့် ထပ်မံဖြည့်စွက်ထားပြီး အမေရိကန် ပြည်ထောင်စု သန်းခေါင်စာရင်းဗျူရို (United States Bureau of the Census) ထံမှ ရရှိသော လူဦးရေကိန်းဂဏန်း အချက်အလက်ကို အသုံးပြု၍ တွက်ချက်ပါသည်။

ဆေးရုံသည် ဝင်ငွေသက်သေခံအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများ တင်ပြရန် သင့်ကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်း ဥပမာများတွင် လစာဖြတ်ပိုင်း၊ သက်ဆိုင်ပါက သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာလွှာ သို့မဟုတ် ဖောင်ပုံစံ 1040 တို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ အခြေအနေ

သင့်တွင် Medicaid, Medicare သို့မဟုတ် သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ တစ်ဆင့်ရရှိသော သို့မဟုတ် သင်ကိုယ်တိုင် ဝယ်ယူထားသော ပုဂ္ဂလိက အာမခံ အပါအဝင် မည်သည့်ပုံစံဖြင့်မဆို ကျန်းမာရေးအာမခံ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

"မဟုတ်ပါ" ဟု ဖြေဆိုခဲ့ပါက ၎င်းပရိုဂရမ်များအနက် တစ်ခုခုကို လျှောက်ထားရာတွင် အကူအညီ ရရှိလိုပါသလား။

☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

အာမခံနည်းပါးသော လူနာများ - အာမခံရှိပြီး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျမှုများ မြင့်မားသူများ သင့်တွင် အာမခံရှိပါက လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း သင်ပေးချေခဲ့ရသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ၏ ခန့်မှန်းချက်တစ်ခုကို ထည့်ပေးပါ။

$

ဆေးရုံသည် ပေးချေခဲ့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျမှုများ၏ သက်သေခံအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများ တင်ပြရန် သင့်ကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

လူနာ/တာဝန်ရှိသူ - လူနာမဟုတ်ပါက ဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးသူ၏ အမည်နှင့် လူနာကိုယ်စား ၎င်း၏ လက်မှတ်ထိုးပိုင်ခွင့်ကို ဖော်ပြပါ (ဥပမာ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်)။

ကျွန်ုပ်တင်ပြသော အချက်အလက်ကို ပြင်ပ အရင်းအမြစ်များနှင့် တိုက်ဆိုင်အတည်ပြုခြင်း ရှိနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်သည် ကျွန်ုပ်အကောင်းဆုံး သိရှိထားသည့်အတိုင်း မှန်ကန်ပြီး ပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

စာလုံးအကြီးဖြင့်အမည် လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ	နေ့စွဲ
လက်မှတ်	

အနည်းဆုံးဖြစ်သော ရရှိနိုင်မှုနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များ

လျှောက်ထားမှု အချိန်အတိုင်းအတာ၊ လူနာ၏ အခွင့်အရေးများနှင့် လျှို့ဝှက်ထားရှိမှု

- ငွေကောက်ခံသည့် လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ငွေကြေးအကူအညီကို သင်လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- ငွေကြေးအကူအညီအတွက် သင့်လျှောက်ထားမှုနှင့် ပတ်သက်၍ ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို သင်မရရှိမီ ဤဆေးရုံအား မည်သည့်ငွေပေးချေမှုကိုမျှ သင်ပေးချေရန် မလိုအပ်ပါ။ သင့်လျှောက်ထားမှုကို ဆောင်ရွက်နေဆဲ ဖြစ်ပါက ဆေးရုံများသည် အကောင့်များကို ငွေကောက်ခံရန် ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ခွင့် မရှိပါ။
- သင့်အတွက် ငွေကြေးအကူအညီကို ငြင်းပယ်ပါက သင့်တွင် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ မည်ကဲ့သို့ အယူခံဝင်ရမည်အကြောင်း အချက်အလက်ကို ဆေးရုံထံမှ သင်ရရှိသော အသိပေးစာတွင် ထည့်သွင်းထားပါမည်။ သင်၏ ငွေကြေးအကူအညီ ပမာဏကို အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့် သင့်တွင်ရှိနိုင်ပါသည်။ ဆေးရုံသည် ၎င်း၏ ဆုံးဖြတ်ချက်စာလွှာတွင် အယူခံဝင်ပုံအကြောင်း အချက်အလက်ကို ထည့်သွင်းပေးပါမည်။
- သင့်ပထမဆုံး ငွေတောင်းခံလွှာကို ရရှိပြီးနောက် အနည်းဆုံးရက်ပေါင်း 180 ကြာသည်အထိ ဆေးရုံများသည် မပေးချေသေးသော ငွေတောင်းခံလွှာများကို ငွေကောက်ခံရေး အေဂျင်စီတစ်ခုထံသို့ ပေးပို့ခြင်း မပြုနိုင်ပါ။
- ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 400% အောက်ဖြစ်သော လူနာများအတွက် မပေးချေရသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကောက်ခံရန် တရားစွဲဆိုမှုများ ပြုလုပ်ခြင်း အပါအဝင် ဥပဒေအရ လုပ်ဆောင်ခြင်းကို မပြုလုပ်ရန် ဆေးရုံများကို တားမြစ်ထားပါသည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု လမ်းညွှန်ချက်များကို ဤနေရာတွင် တွေ့နိုင်ပါသည် - [https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic- mobility/poverty-guidelines](https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines)
- ဤလျှောက်လွှာတွင် ထည့်သွင်းပေးထားသော မည်သည့်အချက်အလက်ကိုမဆို သင်၏ ငွေကြေးအကူအညီ ရရှိနိုင်မှုကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်သာ ဆေးရုံက အသုံးပြုမည်ဖြစ်ပြီး ဥပဒေက ခွင့်ပြုထားသော အတိုင်းအတာအထိ ဆက်လက်၍ လျှို့ဝှက်ထားရှိပါမည်။
- သင့်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာတစ်ခု ကျန်ရှိနေခြင်းကြောင့် ဆေးရုံတစ်ရုံသည် သင့်အား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန် ငြင်းဆန်ခြင်း မပြုနိုင်ပါ။
- ဤလျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်၍ အကူအညီ လိုအပ်ပါက UVM Health Network ၏ ငွေကြေးအကူအညီရုံးခန်း (Financial Assistance Office) ကို (802)847-8000 သို့မဟုတ် (800) 639-2719 တွင် ဆက်သွယ်ပေးပါ။
- ဤလျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်၍ နောက်ထပ်အကူအညီ သို့မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို အယူခံဝင်ခြင်းအတွက် အကူအညီ လိုအပ်ပါက ရပ်ရွာကျန်းမာရေး အကြံပေးသူများ (Community Health Advocates) ကို သင်ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - 888-614-5400။

ရရှိနိုင်မှု

အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည်များထက် ပိုမိုမြင့်မားသော ဝင်ငွေအဆင့်များတွင် ငွေပေးချေမှု လျှော့ဈေးများအတွက် လူနာ၏ ရရှိနိုင်မှုကို သတ်မှတ်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ (Public Health Law) အရ လိုအပ်သူများထက်စာလျှင် ရရှိနိုင်သော လူနာများအတွက် ပိုမိုများပြားသော ငွေပေးချေမှု လျှော့ဈေးများပေးရန် ဆေးရုံတစ်ရုံ၏ လုပ်ပိုင်ခွင့်ကို မည်သည့်အရာကမျှ မကန့်သတ်ထားပါ။ ထို့အပြင် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အခြေအနေသည် ငွေကြေးအကူအညီကို ဆုံးဖြတ်ခြင်း ရည်ရွယ်ချက်အတွက် ရရှိနိုင်မှု စံသတ်မှတ်ချက်တစ်ခု မဖြစ်စေရပါ။

အောက်ပါလူပုဂ္ဂိုလ်များသည် ရရှိနိုင်ပါသည် -

- ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိသည့် ဝင်ငွေနည်းပါးသူများ သို့မဟုတ်
- အာမခံနည်းပါးသည့်သူများ (လွန်ခဲ့သော ဆယ့်နှစ်လအတွင်း စုစုပေါင်း အိတ်စိုက်ရှင်းငွေ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ် ပမာဏသည် အဆိုပါ လူပုဂ္ဂိုလ်၏ အကြမ်းဖျင်း နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ၏ တစ်ဆယ်ရာခိုင်နှုန်းထက် ပိုများခြင်း) သို့မဟုတ်
- ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးခံစားခွင့် ကုန်ဆုံးသွားသူများနှင့် ကျသင့်ငွေများကို အပြည့်အဝ မပေးချေနိုင်ကြောင်း ပြသနိုင်သူများ သို့မဟုတ်
- ဆေးရုံ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ပူးတွဲပေးချေမှု နှင့်/သို့မဟုတ် နုတ်ဖြတ်ငွေကို မပေးချေနိုင်ကြောင်း ပြသနိုင်သူများသည် ပိုနည်းသော သို့မဟုတ်

လျှော့ဈေးရရှိသော ငွေပေးချေမှု တစ်ခုကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 400% အထိဖြစ်သော လူပုဂ္ဂိုလ်များသည် ငွေကြေးအကူအညီကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် (2024 ခုနှစ်)			
အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား	**200%**	**300%**	**400%**
လူ 1 ဦး	$30,120	$45,180	$60,240
လူ 2 ဦး	$40,880	$61,320	$81,760
လူ 3 ဦး	$51,640	$77,460	$103,280
လူ 4 ဦး	$62,400	$93,600	$124,800
လူ 5 ဦး	$73,160	$109,740	$146,320
လူ 6 ဦး	$83,920	$125,880	$167,840
လူ 7 ဦး	$94,680	$142,020	$189,360

နှစ်စဉ် ဖြည့်စွက်ပြင်ဆင်ပါသည် - https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty- guidelines

အနည်းဆုံး လျှော့ဈေးနှုန်းထားများ

သင်က ငွေကြေးအကူအညီ ရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်နှင့်ညီလျှင် သင့်ကျသင့်ငွေများကို သင့်ဝင်ငွေအလိုက် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အဆင့်ဆင့် အခကြေးငွေ အတိုင်းအတာအတိုင်း လျှော့ပေးပါမည် -

ဝင်ငွေအဆင့်	**ငွေပေးချေမှု**
FPL ၏ 200% အောက်	ကျသင့်ငွေများ အားလုံးကို စွန့်လွှတ်ပါသည်
FPL ၏ 200% - 300%	အာမခံမရှိသော လူနာများ - Medicaid ကပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ 10% အထိ အဆင့်ဆင့် အတိုင်းအတာ။ အာမခံနည်းပါးသော လူနာများ - အဆိုပါလူနာ၏ အာမခံ စရိတ်မျှဝေမှုနှင့်အညီ ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ အများဆုံး 10% အထိ။
FPL ၏ 301% - 400%	အာမခံမရှိသော လူနာများ - Medicaid ကပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ 20% အထိ အဆင့်ဆင့် အတိုင်းအတာ။ အာမခံနည်းပါးသော လူနာများ - အဆိုပါလူနာ၏ အာမခံ စရိတ်မျှဝေမှုနှင့်အညီ ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ အများဆုံး 20% အထိ။

ဆေးရုံများသည် ရရှိနိုင်သော လူနာများအတွက် ပိုမိုများပြားသော လျှော့ဈေးများပေးရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ဝင်ငွေအဆင့် ပိုမိုမြင့်မားသော လူနာများအတွက် ငွေပေးချေမှု လျှော့ဈေးများ ကမ်းလှမ်းရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အရစ်ကျ အစီအစဉ်များ

လျှော့ပေးထားသော နှုန်းထားကို တစ်လုံးတစ်ခဲတည်း မပေးချေနိုင်သော လူနာများအတွက် အရစ်ကျ အစီအစဉ်များကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ လစဉ် ငွေပေးချေမှုများသည် သင်၏ အကြမ်းဖျင်း လစဉ်ဝင်ငွေ၏ 5% ထက် မပိုနိုင်သလို မပေးချေရသေးသော ကြွေးကျန်အတွက် လူနာအပေါ် ကောက်ခံသည့် အတိုးနှုန်း ရှိပါကလည်း ၎င်းသည် 2% ထက် မပိုစေရပါ။

အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ သက်သေခံကို တောင်းဆိုခြင်း

လူနာ၊ ၎င်း၏အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် (ကလေးများကဲ့သို့သော) မည်သည့်မှီခိုသူမဆိုအတွက် ဝင်ငွေအချက်အလက်ကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ဥပမာအားဖြင့် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေကို တွက်ချက်သည့်အခါ ၎င်းတွင် တူညီသော အခွန်စာရင်း (အခွန်တင်ပြသူ၊ အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် အခွန်မှီခိုသူများ) ၌ ပါရှိသူတိုင်း ပါဝင်ပါမည်။

အောက်ပါတို့သည် သင့်ဝင်ငွေကို သက်သေပြရန် သင်အသုံးပြုနိုင်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ စာရင်းဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် ဤစာရွက်စာတမ်းများ အားလုံးကို ပေးရန်မလိုပါ။ သင့်တွင် ဝင်ငွေမရှိပါက အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ မရှိကြောင်း ကြေညာလွှာတစ်စောင်ကိုလည်း သင်ပေးနိုင်ပါသည်။

သင်သည် NY State of Health Marketplace ထံမှ အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ချက် စာမျက်နှာကိုလည်း ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် ဤစာရွက်စာတမ်း ရှိပါက အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အခြားမည်သည့် ဝင်ငွေအချက်အလက်ကိုမျှ ဆေးရုံသို့ပေးရန် မလိုအပ်ပါ။

အိမ်ထောင်စုသည် ဤအရာကို ရရှိလျှင် -	တစ်လျှင် ပမာဏ -	လျှောက်ထားသူက ပေးနိုင်သည်မှာ -
လုပ်အားခများ	$	လစာချက်လက်မှတ် ဖြတ်ပိုင်းတစ်ခု သို့မဟုတ် ကုမ္ပဏီစာခေါင်းပါရှိကာ လက်မှတ်ထိုးပြီး နေ့စွဲတပ်ထားသည့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာလွှာတစ်စောင် သို့မဟုတ် လတ်တလော တင်သွင်းထားသော ဝင်ငွေခွန်စာရင်းကို ထည့်သွင်းပေးပါ။
လူမှုဖူလုံရေး ငွေပေးချေမှု	$	U.S. Social Security Administration ထံမှ ချီးမြှင့်သည့်စာလွှာ/အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ် သို့မဟုတ် ပေးပို့သည့်စာ သို့မဟုတ် နှစ်စဉ် အကျိုးခံစားခွင့် စာလွှာ၏ မိတ္တူ။ သင်၏ လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့် စာလွှာ၏ မိတ္တူကို တောင်းခံရန် 1-800-772-1213 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် www.ssa.gov သို့ သွားရောက်ပါ။
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်မှု ထောက်ပံ့ငွေ	$	NYS Department of Labor ထံမှ ချီးမြှင့်သည့်စာလွှာ/အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ် သို့မဟုတ် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့် စာရင်းရှင်းတမ်း၏မိတ္တူ သို့မဟုတ် အချက်အလက် စာရွက်နှင့်အတူ တိုက်ရိုက်ငွေပေးချေမှုကတ် (Direct Payment Card) ၏မိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS Department of Labor ၏ဝဘ်ဆိုက် (www.labor.state.ny.us) ထံမှ လက်ခံရရှိသူ၏ အကောင့်အချက်အလက် စာရွက်။
မသန်စွမ်းမှုအတွက် ငွေပေးချေမှု	$	Social Security Administration ထံမှ ချီးမြှင့်သည့်စာလွှာ/အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ် သို့မဟုတ် ပေးပို့သည့်စာ၏မိတ္တူ သို့မဟုတ် နှစ်စဉ် အကျိုးခံစားခွင့် စာလွှာ၏ မိတ္တူ။ သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့် စာလွှာ၏ မိတ္တူကို တောင်းခံရန် 1-800-772-1213 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် www.ssa.gov သို့ သွားရောက်ပါ။
အလုပ်သမား လျော်ကြေးငွေ	$	ချီးမြှင့်သည့်စာလွှာ သို့မဟုတ် ချက်လက်မှတ် ဖြတ်ပိုင်း၏မိတ္တူ။
မယားစရိတ်/ကလေးစရိတ်	$	တရားရုံးအမိန့် သို့မဟုတ် ငွေထုတ်ပြီးသော ချက်လက်မှတ်များ/ပြေစာများ၏ 3 လစာ မိတ္တူ။
အစုရှယ်ယာ အမြတ်ငွေများ/အတိုးရရှိငွေ	$	သုံးလပတ် အစုရှယ်ယာ အမြတ်ငွေများ သို့မဟုတ် 1 လစာ စာရင်းရှင်းတမ်းများ။
အခြား	$	ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေ၊ ကျပန်းအလုပ်များ၏ဝင်ငွေ အစရှိသည်တို့ကဲ့သို့ လုပ်အားခမဟုတ်သော ရရှိငွေများ (ရှိလျှင်) ၏ ပမာဏကို ဖော်ပြထားသည့် စာလွှာ။
ဝင်ငွေမရှိ	$0	လက်မှတ်ထိုးထားသော ဝင်ငွေမရှိကြောင်း ကြေညာလွှာ။