

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီအစီအစဉ် လျှောက်ထားလွှာ				
ဝန်ဆောင်မှုများရယူမည့် နေရာကို ရွေးချယ်ပေးပါ (အကျုံးဝင်သည်များအားလုံးကို ရွေးချယ်ပေးပါ)				
<input type="checkbox"/> Central Vermont Medical Center		<input type="checkbox"/> Porter Medical Center		<input type="checkbox"/> UVM Medical Center
အိမ်ထောင်စဉ်စီး / ငွေကြေးအာမခံပေးသူဆိုင်ရာ အချက်အလက်				
အိမ်ထောင်စဉ်စီး	မွေးသက္ကရာဇ်	လူမှုဖူလုံရေး #	အိမ်ထောင်ရှိမရှိ	ဖုန်းနံပါတ်
လိပ်စာ		မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
အိမ်ထောင်စုဝင်များ				
တစ်အိမ်ထောင်စုအတွက် အတူနေသည့် ပါတနာအပါအဝင် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် နေထိုင်သူအားလုံးကို ဖော်ပြပေးပါ။ တစ်အိမ်ထောင်စုအတွက် အတူနေသည့် ပါတနာဆိုင်ရာ သင့်နှင့် ကတိသစ္စာပြုထားသည့်/ရင်းနှီးသည့် ဆက်ဆံရေးရှိသည့် ပါတနာကို ဆိုလိုပါသည်။				
အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	လူမှုဖူလုံရေး #	တော်စပ်ပုံ	
နောက်ထပ်အချက်အလက်များ				
သင်သည် ကျန်းမာရေးအာမခံပေးပေးထားသော အာမခံအကာအကွယ်ရယူထားခြင်းရှိပါသလား။ ရယူထားပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပေးပါ-			<input type="checkbox"/> ရှိ	<input type="checkbox"/> မရှိ
အာမခံကုမ္ပဏီအမည်	အိုင်ဒီ #			
ဗားမောင့်ပြည်နယ် သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ်၏ Medicaid ကျန်းမာရေးအာမခံအကာအကွယ်ကို ရယူရန် လျှောက်ထားခြင်းရှိပါသလား။			<input type="checkbox"/> ရှိ	<input type="checkbox"/> မရှိ
ဗားမောင့်ပြည်နယ် သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ်၏ Medicaid ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ဖလှယ်မှုအာမခံကို လျှောက်ထားခြင်းရှိပါသလား။			<input type="checkbox"/> ရှိ	<input type="checkbox"/> မရှိ
သင်သည် ဗားမောင့်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ခြင်း၊ အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် ကျောင်းတက်နေခြင်းများရှိပါသလား။			<input type="checkbox"/> ရှိ	<input type="checkbox"/> မရှိ
လစဉ်ကုန်ကျစရိတ်များ				
ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်ကို သင့်ငွေကြေးရေးအခြေအနေကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ နားလည်နိုင်ရန်အတွက် အသုံးပြုပါသည်။				
အငှား သို့မဟုတ် အပေါင်	\$:	ဆေးဝါးများ	\$:	
အိမ်ခြံမြေအခွန်အခ	\$:	ကျန်းမာရေးအာမခံ	\$:	
မိတာခများ (ရေ / လျှပ်စစ်)	\$:	ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ	\$:	
အော်တိုမိုဘိုင်း (ကားအတွက် ပေးချေမှု)	\$:	အာမခံ (ကား / အိမ်ခြံမြေ)	\$:	
ကလေးသူငယ်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု	\$:	မယားစရိတ် / ကလေးထောက်ပံ့မှု	\$:	
နေထိုင်မှု (အစားအသောက် / ဓာတ်ငွေ့)	\$:	အခြား	\$:	
သင့်လက်ရှိငွေကြေးရေးအခြေအနေနှင့် ပတ်သက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့အား အသေးစုံသည့် အခြားအချက်အလက်များရှိပါက နောက်ထပ်စာမျက်နှာပူးတွဲပြီး ဖော်ပြပေးပါ။ ဥပမာ - ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ အမတ်ခံ သို့မဟုတ်				
အလုပ်အကိုင်				
	အိမ်ထောင်စဉ်စီး / ငွေကြေးရေးအတွက် အာမခံပေးသူ		အိမ်ထောင်ဖက် / တစ်အိမ်ထောင်စု အတူနေပါတနာ	
အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အကယ်၍ ဖော်ပြပါတွင် ပါဝင်ပါက ပိုင်းပေးပါ-	\$:		\$:	
လစဉ်ဝင်ငွေ				
စုစုပေါင်းလုပ်ခလစာ	\$:		\$:	
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ ဝင်ငွေ	\$:		\$:	
လူမှုဖူလုံရေး	\$:		\$:	
ပင်စင် / အငြိမ်းစားခံစားခွင့်မှ နှစ်စဉ်ခံစားခွင့်ရှိသည့် ငွေ	\$:		\$:	
မသန်စွမ်းမှု (U.S. Department of Veterans Affairs, VA)	\$:		\$:	
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်မှု	\$:		\$:	
အိမ်ငှားခဝင်ငွေ	\$:		\$:	
အစုပေါင်းအမြတ်ဝင်ငွေ	\$:		\$:	
အခြားဝင်ငွေ	\$:		\$:	

လျှောက်လွှာကို ကျောဘက်တွင် ဆက်ဖြည့်ပါ

ပိုင်ဆိုင်မှုများ		
ငွေသား / စုဆောင်းငွေများ / ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ		
	အိမ်ထောင်စဉ်စီး / ငွေရေးကြေးရေးအတွက် အာမခံပေးသူ	အိမ်ထောင်ဖက် / တစ်အိမ်တည်း အတူနေပါတနာ
စာရင်းရှင်စုငွေ (ချက်လက်မှတ်)	\$:	\$:
စုဆောင်းငွေများ	\$:	\$:
CD	\$:	\$:
စတော့များ / ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုရန်ပုံငွေများ	\$:	\$:
ငွေချေးစာချုပ်များ	\$:	\$:
နှစ်စဉ်ကြေးများ	\$:	\$:
ငွေကြေးဈေးကွက်	\$:	\$:
ယုံမှတ်အပ်နှံမှုအကောင့်	\$:	\$:
အခြား-	\$:	\$:

နောက်ထပ်အိမ်ခြံမြေ (သင်မူလနေထိုင်ရာ အိမ်မပါဝင်ပါ)		
	တန်ဖိုး	ပေါင်နှံအတွက် ပေးချေရန် ကျန်ရှိငွေ
အားလပ်ရက် / နောက်တစ်အိမ်	\$:	\$:
မြေ	\$:	\$:
အငှားချထားမြေ	\$:	\$:

လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းအထောက်အထား (လျှောက်လွှာကို လက်ခံဆောင်ရွက်ပေးရန် လိုအပ်ခြင်းဖြစ်သည်)	
အကျိုးဝင်မည်ဆိုပါက ဝင်ငွေအထောက်အထားများလိုအပ်ပါမည် <ul style="list-style-type: none"> အခွန်စည်းကြပ်ရန် ဖယ်ဒရယ်သို့ နောက်ဆုံးတင်ပြထားသည့် ဝင်ငွေစာရင်း အရုံးအမြတ်ရှင်းတမ်းများ နောက်ဆုံးနှစ်လ၏ လစာဖြတ်ပိုင်းနှစ်စောင် လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်အတည်ပြုစာ လုပ်ခလစာပမာဏမှန်ကန်ကြောင်း အလုပ်ရှင်ဘက်မှ အတည်ပြုစာ 	အကျိုးဝင်မည်ဆိုပါက ပိုင်ဆိုင်မှုအထောက်အထားများလိုအပ်ပါမည် <ul style="list-style-type: none"> ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုအကောင့်ဆိုင်ရာ စာရင်းရှင်းတမ်းများ ငွေချေးစာချုပ်ရှင်းတမ်းများ ဒုတိယအိမ်ခြံမြေအတွက် အခွန်ငွေတောင်းခံလွှာ ဒုတိယအိမ်ခြံမြေအပေါင်လက်မှတ်

သေသေချာချာဖတ်ပါ

ကျွန်ုပ်တို့သည် University of Vermont Health Network တွင် ပါဝင်သည့် ဗားမောင့်မိတ်ဖက်များထံမှ ငွေကြေးအကူအညီကို တောင်းဆိုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ပေးသော အချက်အလက်အားလုံးသည် တိကျပြည့်စုံကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ **သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား စိစစ်အတည်ပြုပိုင်ခွင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့အကောင့်များ၊ လျှောက်လွှာ၊ ထောက်ခံသည့် စာတမ်းအထောက်အထားများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အချက်အလက်များအား ၎င်းတို့နှင့် ပေါင်းစည်းထားသော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ဖလှယ်ပိုင်ခွင့်ကို University of Vermont Health Network အား ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ပေးအပ်ပါသည်။** မှန်ကန်ပြည့်စုံမှုမရှိသော သို့မဟုတ် မှားယွင်းသော အချက်အလက်ကို ပေးမိပါက ငွေကြေးအကူအညီရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့၏လျှောက်ထားလွှာကို ပယ်ဖျက်ခြင်းခံရနိုင်ပါသည်။ ဤငွေကြေးအကူအညီလျှောက်ထားလွှာနှင့် အကျိုးဝင်သည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုတစ်မျိုးမျိုးအတွက် ငွေပေးချေလာပါက ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီကို အပြည့်အဝပြန်လည်ပေးဆပ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က သဘောတူပါသည်။ **The University of Vermont Health Network** သည် အကြွေးချေးသူများအတွက် အချက်အလက်များစုပေးသည့် ခရက်ဒစ်ဗျူရီမှ ဖိုင်များနှင့် အစီရင်ခံစာများကို ယခုအတွက်တင်သောအခါ အနာဂတ်တွင်ပါ ကြွေးမြီကောက်ခံရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ရယူကြည့်ရှုပိုင်ခွင့်ရရှိထားပါသည်။ ၎င်းခွင့်ပြုချက်ကို ဗားမောင့်ပြည်နယ်၊ ပြဋ္ဌာန်းဥပဒေ၊ ခေါင်းစဉ်- 9 ၊ ပုဒ်မ- 2480e အရ ပေးအပ်ထားခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ပေးအပ်သည့် အချက်အလက်အားလုံးကို ကျန်းမာရေးအာမခံလွှာပြောင်းမှုနှင့် တာဝန်ခံမှုဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) အရ လျှို့ဝှက်ပေးထားပါသည်။

အိမ်ထောင်စဉ်စီး/ငွေရေးကြေးရေးအတွက် အာမခံပေးသူ၏လက်မှတ် နေ့စွဲ

သင်မျှဝေလိုသည့် မှတ်ချက်များ / နောက်ထပ်အချက်အလက်များ ...

ပြည့်စုံအောင် ဖြည့်စွက်ထားသည့် လျှောက်လွှာကို ပြုစုကုသမှုအဓိကရယူခွဲရာ UVMHN မိတ်ဖက်ထံသို့ ပို့ပေးပါ။ လိုအပ်သည့် စာတမ်းအထောက်အထားကိုပါ ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးခြင်းကြောင့် သေချာပါစေ။

<p>Central Vermont Medical Center Financial Assistance Program PO Box 547 Barre, VT 05641</p> <p>ဖက်စ် # 802-371-5339</p>	<p>Porter Medical Center Patient Financial Services Dept 115 Porter Drive Middlebury, VT 05753</p> <p>ဖက်စ် # 802-355-5696</p>	<p>University of Vermont Medical Center Financial Assistance Program Patient Access Department IDX 22052 111 Colchester Avenue Burlington, VT 05401</p> <p>ဖက်စ် # 802-847-7618</p>
---	--	---