



Faxton St. Luke's Healthcare
1656 Champlin Avenue
Utica, NY 13502

St. Elizabeth Medical Center
2209 Genesee Street
Utica, NY 13501

ငွေကြေးဆိုင်ရာ အကူအညီပေးရေးလျှောက်လွှာ၊ ဆုံးဖြတ်ခြင်းဆိုင်ရာပုံစံ

မိဘနောက်ဆုံးအမည် _____ ပထမ _____ လယ် _____ မွေးနေ့ _____

အိမ်ထောင်ဖက်၏နောက်ဆုံးအမည် _____ ပထမ _____ လယ် _____ မွေးနေ့ _____

လိပ်စာ _____ မြို့၊ပြည်နယ် _____ ဇစ်ပိုက် _____

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် _____ ဖုန်း # (အိမ်) _____ (အလုပ်) _____

အလုပ်ရှင် _____

မိသားစုဝင်အရေအတွက် _____ (ဝင်ငွေအခွန်ပြန်ဆောင်မှုတွင် ဖော်ပြထားသော အခြေတည်သော နံပါတ်)

လွန်ခဲ့သော ၁၂ လ

လွန်ခဲ့သော ၃ လ

မိဘ၏စုစုပေါင်းဝင်ငွေ _____

တခြားမိသားစုဝင်ငွေ _____

စုစုပေါင်းမိသားစုဝင်ငွေ _____

လစာများမှ ဝင်ငွေများပါဝင်လျက် (လွန်ခဲ့သော ငွေချေမှုအကြွေးအကျန်များ)၊ ယခင်နှစ်အတွက် အခွန်ပုံစံ၊ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း၊ မှီခို၊ လူမှုလုံခြုံရေး၊ ပင်စင်စား၊အစားလျှော်ပေးခြင်း၊ အများပြည်သူနှင့်ဆိုင်သောအကူအညီ၊ စားစရိတ်၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု၊ အတိုး၊ တစ်ယောက်တည်းဌားနေခြင်း၊ အထွေအထွေ အကျိုးခံစားခွင့် စသည်ဖြင့်..

လူနာသည်မည်သည့်အထွေထွေ အခွန်ပုံစံပေါ်တွင် မှီခိုပါသလား မှီခိုသည် မမှီခိုပါ
တကယ်လို့မှီခိုပါက ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ပေးချေမှုမိတ္တူကိုထည့်ပေးပါ

**နောက်ထပ် ငွေကြေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများကိုတောင်းခံကောင်းတောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
လျှောက်ထားသည့်နေ့မှ လွန်ခဲ့သော (၆) လ နှင့် လျှောက်ထားသည့်နေ့မှ နောက် (၆) လအတွင်း မျှော်မှန်းထားသော ပြောင်းလဲမှု အတွက် ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် မိသားစု အခြေအနေ ပြောင်းလဲမှုရှိပါက အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။**

MVHS ငွေကြေးကူညီမှုအစီအစဉ်အတွက် လျှောက်ထားလိုပါက ဒီ ပုံစံကို ဆေးရုံမှ ဆင်းသည့်နေ့မှ ရက် ၉၀ အတွင်း သင့်မိသားစုဝင် နှင့်ဆက်နွယ်သော ဝင်ငွေ စာရွက်စာတမ်း လိုအပ်ချက်ဆိုင်ရာအားလုံးနှင့် အတူ လျှောက်ထားပါ။ နယူးယောက်ပြည်နယ်အစိုးရ လဲလှယ်မှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ၏ မယ်ဒီကိတ် အတွက် သင်လျှောက်ထားမည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့မှ သင့်လျှောက်လွှာကို အရေးပေးရန် သင်တောင်းဆိုရပါမည်။ သင်သည် မယ်ဒီကိတ်ရယူမှု တွင် အချက်အလက် ကိုက်ညီမှုမရှိဘဲ ငြင်းဆိုခံရပါက ငွေကြေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူပေးမှုကို ငြင်းဆိုခံရနိုင်ပါသည်။ MVHS စီးပွားရေး ရုံးသည် ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာ နှင့် လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်း အားလုံးလက်ခံရရှိပြီး အလုပ်လုပ်သည့်ရက် (၃၀) အတွင်း သင့်တော်သည့်ဆုံးဖြတ်ချက်ရေးသားမှုကို ပြုလုပ်လိမ့်မည်။ MVHS စနစ်ငွေကြေးကူညီမှု လမ်းညွှန်အပြည့်အစုံစာရင်းအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်ဖြစ်သည့် myhealthsystem.org/billingor သို့မဟုတ် FSLH (315) 624-5170 သို့မဟုတ် SEMC (315) 801-3108 သို့မဟုတ် အပြည့်အစုံတောင်းခံနိုင်ပါသည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် အယူခံဝင်လိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ လျှောက်လွှာစီးပွားရေးရုံး သို့ဆက်သွယ်ပါ။ NYS DOH 1(800)-804-5447 သို့မဟုတ် 1(518)-402-6993 ကိုလည်း သင်ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိနိုင်သောအတိအကျ အချက်အလက်များဖြစ်ကြောင်း ဝန်ခံပါသည်။ ထို့အပြင် တခြားအကူအညီ (မယ်ဒီကိတ်၊ ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု၊ အာမခံ စသည်) တို့ကိုလည်းအကူအညီရရန် ကျွန်ုပ်လျှောက်ပါမည်။ ၎င်းတို့သည် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးရုံး ကုန်ကျငွေ အတွက် ရရှိနိုင်ပါလိမ့်မည်။ ထို့အပြင် ထိုကဲ့သို့အကူအညီရရန် မည်သည့်လုပ်ဆောင်မှုမဆို ရယူနိုင်အောင်ကြိုးစားပါမည်။ ဆေးရုံမှ ကုန်ကျငွေများပြန်ရပါက ဆေးရုံကိုလည်းပေးသွားမည်ဖြစ်သည်။ မည်သည့်အချက် အလက်မဆို ကျွန်ုပ် အမှားပေးမိပါကြောင်း သက်သေရှိပါက ဆေးရုံသည် ကျွန်ုပ်၏ ငွေကြေးဆိုင်ရာအခြေအနေ နှင့် သင့်တော်သော လုပ်ဆောင်ချက်များလုပ်သွားမည်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်ဖော်ပြထားသောအချက်အလက်များသည် MVHS နှင့် ၎င်း၏ အတွင်းစာရင်းစစ်သူများမှ စစ်နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

တောင်းဆိုမှုရက်စွဲ

လျှောက်ထားသူလက်မှတ်

သင့်တော်သော ဆုံးဖြတ်ချက် (ရုံးတွင်သာသုံးရန်)

လျှောက်လွှာလက်ခံရရှိသော ရက်စွဲ _____ ကာလအတည်ပြုမှု _____

မိသားစုရိုင်ခွင့်နှင့်တာဝန်ရှိခြင်း၊ ကြီးကြပ်သူမှ ကြည့်ရှုခြင်းအတွက် မလိုအပ်ပါ။ _____

ဝင်ငွေအတည်ပြုမှုအတွက် လက်ခံရရှိသော စာရွက်စာတမ်း- W-2 ၏ _____ ငွေအကြွင်းအကျန် _____ တခြား _____

လျှောက်လွှာဆုံးဖြတ်သောရက်စွဲ _____ အတည်ပြုခဲ့သည် _____ ငြင်းပယ်ခံသည် _____ ခွင့်ပြုထားသောသူ၏လက်မှတ် _____

ခွင့်ပြုခဲ့သည်- အပိုင်း ၁ _____ အပိုင်း ၂ _____ အပိုင်း ၃ _____ (လူနာတာဝန်ယူမှုကို ပူးတွဲပါတွင်ကြည့်ပါ)

ငြင်းပယ်သည့်အကြောင်းပြချက် _____