



ငွေရေးကြေးရေးအထောက်အပံ့လျှောက်ထားခြင်း / စိစစ်ဆုံးဖြတ်ခြင်း

လူနာ၏ နောက်ဆုံးအမည် _____ အစ _____ အလယ် _____ မွေးနေ့သက္ကရာဇ် _____
 ခင်ပွန်း(သို့) နီးကပ်ဆုံးအမည် _____ အစ _____ အလယ် _____ မွေးနေ့သက္ကရာဇ် _____
 လိပ်စာ _____ မြို့/ပြည်နယ် _____ စာပို့သင်္ကေတ (Zip Code) _____
 လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) _____ (ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်ရှိ) ဖုန်း # (အိမ်) _____ (အလုပ်) _____
 အလုပ်ရှင် _____
 အိမ်သူအိမ်သားဦးရေ _____ (လျှောက်ထားသူ၏ အိမ်တွင်နေထိုင်သောလူဦးရေ)

	လွန်ခဲ့သော ၁၂ လ	လွန်ခဲ့သော ၃ လ
လူနာ၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	_____	_____
အခြားမိသားစုဝင်ငွေ	_____	_____
စုစုပေါင်းအိမ်သူအိမ်သားဝင်ငွေ	_____	_____

လုပ်အားခများမှဝင်ငွေအပါအဝင် (လွန်ခဲ့သော ၃လမှ လစာဖြတ်ပိုင်းများ) ယခင်နှစ်အတွက်အခွန်ပုံစံများ၊ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း၊ အလုပ်လက်မဲ့၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ ပင်စင်စား၊ လျော်ကြေး၊ အစိုးရ၏ အထောက်အပံ့၊ မယားစရိတ်၊ ကလေးထောက်ပံ့ကြေး၊ အတိုး၊ ငှားရမ်းခအစပေါ်အခြေတင်၊ စစ်မှုထမ်းများကိစ္စရေးရာအစိုးရအထောက်အပံ့ စသည်-

လူနာသည် အပိုအခွန်ပုံစံများ တစ်ခုခုအပေါ် အားထားမှီခိုနေပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ။
 ဟုတ်ပါက အခွန်တော်စည်းကြပ်ရန် တင်ပြသည့် ဝင်ငွေစာရင်းမိတ္တူကို ကျေးဇူးပြုပြီး ပူးတွဲတင်ပြပါ။

နောက်ထပ်ငွေရေးကြေးရေးသက်သေခံစာရွက်စာတမ်းတောင်းဆိုနိုင်သည်။
ကျေးဇူးပြုပြီး မိသားစုအခြေအနေများ၏ မည်သည့်အပြောင်းအလဲ (သို့) ဤလျှောက်လွှာ၏ နေ့စွဲမတိုင်မီ လွန်ခဲ့သော ၆လ အတွက် ဝင်ငွေနှင့် ဤလျှောက်လွှာတင်ပြီးနောက် ၆လ အတွင်း တွက်ဆထားသည့် မည်သည့်အပြောင်းအလဲကိုမဆို အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။

MVHS ငွေရေးကြေးရေးအထောက်အပံ့အစီအစဉ်တွင် လျှောက်ထားရန် သင်၏ မိသားစုဝင်အားလုံးနှင့် ဆက်သွယ်သော လိုအပ်သော ဝင်ငွေသက်သေခံစာရွက်စာတမ်းများအား စိစစ်ပေးပြီး ဆေးရုံဆင်းသည့် နေ့ရက်မှစ၍ ၉၀ အတွင်း ကျေးဇူးပြုပြီး ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။ မယ်ဒီကီတီ၊ နယူးယောက်ကျန်းမာရေးဖလှယ်ခြင်း (New York Health Exchange) (သို့) မယ်ဒီကီလျှောက်တင်ရန် သင်အားတောင်းဆိုပါက သင်၏ လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ ထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်း မပြုလုပ်မီ သင်ပြုလုပ်ရမည့် ဖြစ်သည်။ လေးစားလိုက်နာမှု (သို့) စံအဆင့်ကြောင့် သင်အားမယ်ဒီကီတီအကျိုးဝင်မှုမှ ဖယ်ထုတ်ပါက ငွေရေးကြေးရေးအထောက်အပံ့မှ သင်အားငြင်းဆိုနိုင်သည်။ ဖြည့်စွက်ပြီးသော လျှောက်လွှာနှင့် လိုအပ်သော သက်သေခံစာရွက်စာတမ်းအားလုံးအား ရရှိပြီးနောက်ရက် (၃၀) အတွင်း MVHS လုပ်ငန်းရုံးဌာနမှ သင့်လျော်သော နောက်ဆုံးဆုံးဖြတ်ချက်စာကို ပြုလုပ်မည်ဖြစ်သည်။ MVHS စနစ်ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလမ်းညွှန်ချက်များ၏ ပြည့်စုံသောပုံစံအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဆိုဒ်ဖြစ်သော mvhealthsystem.org/billing သို့ ကျေးဇူးပြု၍ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ (သို့) သင်အားမိတ္တူပေးပို့ရန် FSLH (၃၁၅) ၆၂၄-၅၁၇၀ (သို့) SEMC (၃၁၅) ၈၀၁-၃၁၀၈ ခေါ်ဆိုပါ။ သင်မှမေတ္တာရပ်ခံလိုပါက သင်ဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းရုံးဌာနသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ NYS DOH ၁ (၈၀၀)-၈၀၄-၅၄၄၇ (သို့) ၁ (၅၁၈)-၄၀၂-၆၉၉၃ သို့လည်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အကောင်းဆုံးအသိဖြင့် ဤအထက်ပါ သတင်းအချက်အလက်သည် မှန်ကန်ပြီး တိကျမှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ တရားဝင်ဖော်ပြအပ်ပါသည်။ ထို့အပြင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆေးရုံဝန်ဆောင်ခအား ပေးချေရန် ငွေအတွက် ရရှိသော မည်သည့် အထောက်အပံ့အတွက်မဆို (မယ်ဒီကီတီ၊ မယ်ဒီခါ၊ အာမခံလုပ်ငန်းစသည်) ကို ကျွန်ုပ်တို့ လျှောက်လွှာတင်ခြင်း ပြုလုပ်မည်၊ ပြီးလျှင် အထောက်အပံ့ရရှိရန်နှင့် ဆေးရုံဝန်ဆောင်ခများ ဆေးရုံသို့ ပေးဆောင်ရမည့် ငွေပမာဏကို ခွဲဝေ (သို့) ပေးချေမည်။ ထိုကဲ့သို့သော မည်သည့် အရေးယူဆောင်ရွက်မှုကိုမဆို ကျွန်ုပ်တို့ ခံယူမည်။ မည်သည့် သတင်းအချက်အလက်မဆို ကျွန်ုပ်တို့ မမှန်မကန်ပေးသည်ဟု သက်သေရပါက ဆေးရုံမှ ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေရေးကြေးရေးအခြေအနေအဆင့်အတန်းကို ပြန်လည်ချင့်တွက်ခြင်းနှင့် သင့်လျော်သော အရေးယူဆောင်ရွက်မှုကို ကျွန်ုပ်တို့ သဘောပေါက်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ တင်ပြသော သတင်းအချက်အလက်သည် MVHS နှင့် ငွေရေးကြေးရေးဌာနအတွင်း စာရင်းစစ်များမှ စိစစ်အတည်ပြုရန် အကြောင်းကိစ္စဖြစ်ကြောင်း သဘောပေါက်နားလည်ပါသည်။

တောင်းဆိုသည့်နေ့စွဲ _____ လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ် _____

သင့်လျော်သော စိစစ်ဆုံးဖြတ်ချက် (ရုံးအသုံးပြုရန်အတွက်သာ)

လျှောက်လွှာရရှိသောနေ့စွဲ _____ အတည်ပြုသည့်ကာလ _____
 လူနာ၏ ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းများနှင့် ပေးဆပ်ရန် တာဝန်များ ချေးငွေကြီးကြပ်ရေးမှူးမှ ဥပစာအတွက် ပြန်လည်ဆန်းစစ်ရန်မလိုပါ _____
 ဝင်ငွေစိစစ်ခြင်းအတွက် ရရှိသည့် စာရွက်စာတမ်း- W-၂ များ _____ လစာဖြတ်ပိုင်းများ _____ အခြား _____
 လျှောက်ထားခြင်းအား ဆုံးဖြတ်သောနေ့စွဲ _____ အတည်ပြု _____ ငြင်းပယ် _____ ခွင့်ပြုသည့် လက်မှတ် _____
 အတည်ပြု- အဆင့် .၁ _____ အဆင့် .၂ _____ အဆင့် .၃ _____ (လူနာတာဝန်ဝတ္တရားများအား ပူးတွဲစာတွင် ကြည့်ပါ)

ငြင်းဆိုချက်အမြဲခံအကြောင်း
