

လျှို့ဝှက် ဘဏ္ဍာရေး အကူအညီလျှောက်လွှာ

ညွှန်ကြားချက်များ- လျှောက်လွှာဖြည့်ပါ။ 10 ရက်အတွင်း ပြန်လည်ပေးပို့ပြီး အောက်ပါမိတ္တူများ ပူးတွဲထည့်ပါ-

- _____ နောက်ဆုံးတင်ပြထားသည့် အခွန်ဆောင်ဝင်ငွေစာရင်း
- _____ သုံးလအတွင်း ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်း အပြည့်အစုံ
- _____ လျှောက်ထားခဲ့သည့်ရှိသော် Medicaid ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်/ ငြင်းပယ်ချက်
- _____ ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုအားလုံးအတွက် လက်ရှိဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ
- _____ သုံးလအတွင်း ဝင်ငွေအထောက်အထား (လစာဖြတ်ပိုင်းများ စသည်ဖြင့်)
- _____ ဝင်ငွေမရှိပါက ထောက်ပံ့ပေးသော အဖွဲ့အစည်းထံမှ ထောက်ခံစာတစ်စောင်

လူနာ အချက်အလက်

အမည် (အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး၊ ပထမ စာလုံး၊ အလယ်စာလုံး)		မွေးသက္ကရာဇ်
လိပ်စာ		
ဦးစားပေးဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း ()	အရန်ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း ()	လူမှုဖူလုံရေး/EIN
အိမ်ထောင် ရှိ၊ မရှိ <input type="checkbox"/> လူလွတ် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> တစ်ခုလပ် <input type="checkbox"/> အခြား _____		သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် စာရွက်စာတမ်း အထောက်အထားဖြင့် နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင်သည် ဖက်ဒရယ် ပြန်အမ်းရန် အခွန်ကို တင်သွင်းပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက အဘယ်ကြောင့်နည်း။ _____		အဓိကတင်သွင်းသူက မည်သူနည်း။ <input type="checkbox"/> ကိုယ်တိုင် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> အခြား- _____
အလုပ်ရှင်		သင်တာဝန်ထမ်းဆောင်သည့်အချိန်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် အခြားအကျိုးဝင်သည့် အာမခံတစ်ခုခု ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

အိမ်ထောင်စုအချက်အလက် (သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် နေထိုင်သူအားလုံးကို စာရင်းပြုစုပါ)

အိမ်ထောင်စုဝင်၏ အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	တော်စပ်ပုံ	ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို သင်၏ ဖက်ဒရယ် ပြန်အမ်းရန်အခွန်တွင် ထည့်သွင်းထားပါသလား။
1.			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
2.			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
3.			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
4.			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
5.			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

မည်သည့်ထပ်တိုးအိမ်ထောင်စုဝင်ကိုမဆို နောက်ထပ်စာရွက်တွင် တင်ပြနိုင်ပါသည်။

အသုံးစရိတ်များ (အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် လစဉ်အသုံးစရိတ်များကို စာရင်းပြုစုပါ) ဤအပိုင်းသည် NHSC သို့မဟုတ် MSLRP ဆေးခန်းများအတွက် မလိုအပ်ပါ

အိမ်ရာချေးငွေဆပ်ခြင်း/ငှားရမ်းခ/မြေကွက်ငှားရမ်းခ	အိမ်ရာခြံမြေအခွန်များ (နှစ်)	အိမ်/ငှားရမ်းခြင်း အာမခံ
ကားချေးငွေဆပ်ခြင်း	ကားအာမခံ	စာတံဆိ (ယာဉ်)
ဖုန်း	အထွေထွေ လျှပ်စစ်၊ မီး၊ ရေ အသုံးဝန်ဆောင်မှုများ	စားသောက်ကုန်များ
ကလေးစောင့်ရှောက်မှု/ကလေးထောက်ပံ့မှု	ကျောင်းလခ	အခြား-
ကျန်းမာရေးအာမခံ/အသုံးစရိတ်များ	အသက်အာမခံ	အခြား-

လုပ်ငန်းတွင်းအသုံးပြုရန်အတွက်သာ	MRN
---------------------------------	-----

ဝင်ငွေ (အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် ဝင်ငွေကို စာရင်းပြုစုပါ)					
လစဉ်ဝင်ငွေရင်းမြစ်	ထိုဝင်ငွေကို မည်သူရရှိပါသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ	လစဉ်ဝင်ငွေရင်းမြစ်	ထိုဝင်ငွေကို မည်သူရရှိပါသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ
လုပ်အားခများ (လူနာ)			လူမှုဖူလုံရေး (လူနာ)		
လုပ်အားခများ (နောက်ထပ်)			လူမှုဖူလုံရေး (နောက်ထပ်)		
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်			ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုများ/အတိုး		
ပင်စင်လစာ/အမြတ်ဝေစုများ			ကလေးထောက်ပံ့မှု/မယားစရိတ်		
ဘောက်ဆူးများ/ကော်မရှင်ခ			မျိုးနွယ်စု ဝင်ငွေ		
အလုပ်လက်မဲ့			အငှားချ/မြေယာကန်ထရိုက်ဝင်ငွေ		
အလုပ်သမားနှစ်နာကြေး			အစိုးရထောက်ပံ့ကြေးဝင်ငွေ		
မသန်စွမ်းမှု			အခြား-		
အိမ်ထောင်စုပိုင်ဆိုင်မှုများ (အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်းများကို စာရင်းပြုစုပါ) ဤအပိုင်းသည် NHSC သို့မဟုတ် MSLRP ဆေးခန်းများအတွက် မလိုအပ်ပါ။					
ပိုင်ဆိုင်မှုရင်းမြစ်	၎င်းကို မည်သူပိုင်ဆိုင်ပါသနည်း။	လက်ရှိ ပိုင်ဆိုင်မှုတန်ဖိုး	ပိုင်ဆိုင်မှုရင်းမြစ်	၎င်းကို မည်သူပိုင်ဆိုင်ပါသနည်း။	လက်ရှိ ပိုင်ဆိုင်မှုတန်ဖိုး
ဘဏ်စာရင်း စစ်ဆေးခြင်း			အိမ်ရာမြေ (အိမ်) တန်ဖိုး		
ဘဏ်စာရင်း စစ်ဆေးခြင်း #2			အိမ်ရာမြေ #2 တန်ဖိုး		
ငွေစုဘဏ်စာရင်း			ယာဉ် (အဓိက) တန်ဖိုး		
ငွေစုဘဏ်စာရင်း #2			ယာဉ် #2 တန်ဖိုး		
CD များ/ငွေဈေးကွက်			မော်တော်ဆိုင်ကယ်/ATV/လေ့/နောက်တွဲယာဉ်		
401k/403B/IRA/အငြိမ်းစားယူခြင်း			အသက်အာမခံ (အာမခံရပ်တန့်ငွေတန်ဖိုး)		
စတော့ရှယ်ယာများ/ငွေချေးစာချုပ်များ/နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ			အုပ်ထိန်းရေးအဖွဲ့ထိန်းသိမ်းထားသောငွေ		
HSA/FSA			မိုးဘိုင်း/အွန်လိုင်းငွေပေးချေမှု ဝန်ဆောင်မှုများ		
အခြား-			အခြား-		

ကျွန်ုပ်၏ နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ၊ မိသားစုမာဏနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှုများနှင့်ပတ်သက်သော တင်ပြထားသည့် အချက်အလက်များအား အတည်ပြုစစ်ဆေးမည်ကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။ တင်ပြထားသည့် အချက်အလက်များကို မှားယွင်းသည်ဟု ဆုံးဖြတ်ပါက ရလဒ်အနေဖြင့် ဤလျှောက်လွှာ ငြင်းပယ်ခံရမည်ဖြစ်ပြီး ဘဏ်စာရင်းလက်ကျန်အတွက် ပေးဆောင်ရန်ကျန်ရှိသည့် ကျွန်ုပ်၏တာဝန်ဖြစ်မည်ကိုလည်း သိရှိနားလည်ပါသည်။

သင့် တွင် မေးစရာများ ရှိပါက သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်ပါက 877.687.7309 ကို ဖုန်းဆက်၍ ကျွန်ုပ်တို့ ထံ ဆက်သွယ်ပါ သို့မဟုတ် EastFinancialCounseling@corewellhealth.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ။

လျှောက်ထားသူ

ရက်စွဲ

အိမ်ထောင်ဖက်

ရက်စွဲ