

# မိသားစုစီမံကိန်းအတွက်သာ ဝန်ဆောင်မှုများ လျှောက်လွှာ

|  |   |
|--|---|
| <p><b>မိသားစုစီမံကိန်းအတွက်သာ ပရိုဂရမ်များအတွက် သင် အရည်အချင်း ပြည့်မီပါသလား။</b></p>                              | <p>FPO ပရိုဂရမ်များသည် Apple ကျန်းမာရေး ပရိုဂရမ်များ အပြည့်အဝ အကျုံးမဝင်၍ အခြားကျန်းမာရေး လွှမ်းမိုးခြင်းအကျိုးဝင်မှုများ မရှိသော ကျား၊မ နှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေများ ဘာမှ မစဉ်းစားဘဲ ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲမှုအဆင့် (FPL)၏ ဝင်ငွေ 260% သို့မဟုတ် ထို့အောက်ရှိနေသော ဝါရှင်တန် နေထိုင်သူများအတွက် ရနိုင်ပါသည်။ လျှို့ဝှက် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ရှာဖွေနေသော အာမခံထားသော ဖောက်ခွဲသူများသည် FPO ပရိုဂရမ်များကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။</p>   |
| <p><b>မည်သည့်အကျိုးရလဒ်များ အကျိုးဝင်ပါသလဲ။</b></p>  | <p>အကျိုးရလဒ်များ ပါဝင်သည်။ သို့သော် ကန့်သတ်မထားပါ-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ပြည့်စုံသော မိသားစုစီမံကိန်း ကာကွယ်ရေး အလည်အပတ်</li> <li>• အကြံပေးခြင်း၊ ပညာရေး၊ အစပျိုးခြင်း နှင့် သန္ဓေတားခြင်း စီမံခန့်ခွဲမှု နှင့် သန္ဓေတားသည့် နည်းလမ်းများ</li> <li>• သားအိမ်ခေါင်း ကင်ဆာ စစ်ဆေးခြင်း</li> <li>• အချို့လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကူးစက်နိုင်သော ရောဂါ (STD) နှင့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကူးစက်ရောဂါ (STI) စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ကုသခြင်း</li> <li>• ဆေးညွှန်းနှင့် ဆေးညွှန်းမပါသော သန္ဓေတားဆေးများ</li> <li>• သားကြောဖြတ်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်များ</li> </ul> |
| <p><b>သင့်အနေဖြင့် ဘယ်လို လျှောက်မလဲ။</b></p>  | <p>သင့်အနေဖြင့် Apple ကျန်းမာရေးကို လက်ခံသော ပံ့ပိုးပေးသူနှင့် မည်သည့်အချိန်မဆို FPO ပရိုဂရမ်များကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။</p>  |
| <p><b>သင့်အနေဖြင့် အပိုစိတ် 1 ကို ဘယ်လို ဖြည့်သင့်ပါသလဲ။</b></p>   | <p>ဤအပိုစိတ်ကို လျှောက်ထားသူ၏ အကောင်းဆုံး ဗဟုသုတနှင့် အပြည့်အဝ ဖြည့်စွက်သင့်သည်။ လျှောက်လွှာ၏ အပိုစိတ် 1 တွင် ပါဝင်သော အသေးစိတ် မေးခွန်းများအကြောင်း အချက်အလက်များကို ဤစာရွက်စာတမ်းနောက်ပိုင်းတွင် ပံ့ပိုးပေးထားပါသည်။</p>  |
| <p><b>လျှောက်သည့်အခါ ရနိုင်သော ဘာသာစကား သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း ဝန်ဆောင်မှုများ ရှိပါသလား။</b></p>                     | <p>အခြားဘာသာစကားဖြင့် အခမဲ့ အကူအညီကို ရယူရန် (ဘာသာပြန်သူ သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ဖော်ပြထားသော ပစ္စည်းများ၏ ဘာသာပြန်များ အပါအဝင်) သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူအတွက် နေရာထိုင်ခင်း အခမဲ့ ရယူရန် 1-800-562-3022 ကို ခေါ်ဆိုပါ။</p>  |
| <p><b>သင့်အနေဖြင့် လျှောက်ရန် ရွေးချယ်ခွင့်ရှိသော အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် (AREP) ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသလား။</b></p> | <p>အိမ်ထောင်စု အခြေအနေများကို နားလည်သိကျွမ်း၍ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အိမ်ထောင်စု၏ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် တာဝန်ပေးအပ်ထားသည့် အရွယ်ရောက်သူတစ်ဦးဦးက AREP အဖြစ် ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းသည် လမ်းညွှန် သို့မဟုတ် ပွဲစားနှင့် ပူးပေါင်းခြင်းမှ ကွဲပြားခြားနားသည်။</p>  |
| <p><b>ဝင်ငွေ လိုအပ်ချက်များက ဘာတွေလဲ။</b></p>  | <p>ဝင်ငွေသည် FPL ၏ 260% သို့မဟုတ် ထို့အောက်ရှိရမည်။ ပိုမိုသိရှိလိုပါက <a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a> ကို သွားရောက်လေ့လာပါ။</p>  |
| <p><b>အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစားကို ဘယ်လို ဆုံးဖြတ်ပါသလဲ။</b></p>   | <p>အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစားကို အခွန် တင်သွင်းမှု အခြေအနေအပေါ် မူတည်၍ ဆုံးဖြတ်သည်။ အိမ်ထောင်စု အဖွဲ့ဝင်တစ်ယောက်ဆိုသည်မှာ လျှောက်ထားသူက အခွန်တင်သွင်းပေးသော သို့မဟုတ် အခွန်မှီသူတယောက်အဖြစ် အဆိုပြုသော အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အခွန်မှီသူတယောက် ဖြစ်သည်။ သင့်တွင် အခွန်ပေးဆောင်ထားခြင်းမရှိလျှင် အိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်တယောက်သည် တအိမ်တည်းတွင်နေသော အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မှီခိုသူတယောက် ဖြစ်သည်။</p>   |
| <p><b>ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူအဖြစ် သတ်မှတ်ခံထားရသလား။</b></p>   | <p>ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် နေထိုင်သူများသည် လက်ရှိတွင် ဝါရှင်တန်တွင်နေပြီး ဝါရှင်တန်တွင် နေထိုင်ရန် ရည်ရွယ်ထားသည် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ကို အလုပ်တခုရှာဖွေရန် ဝင်ရောက်ခဲ့သည် သို့မဟုတ် အလုပ်ကိစ္စဖြင့် ပြည်နယ်ကို ဝင်လာခဲ့သည်။</p>  |
| <p><b>သင့်အနေဖြင့် လျှို့ဝှက်ဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်ပါက။</b></p>   | <p>သင်သည် ဤခြင်းချက်များမှ တစ်ခုခုနှင့် ကိုက်ညီလျှင် အာမခံသော တစ်ဦးချင်းစီသည် လျှို့ဝှက် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုအတွက် အကျိုးဝင်နိုင်ပါသည်။ လျှို့ဝှက် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ရှာဖွေနေပြီး သင်သည် ၁၈ နှစ် သို့မဟုတ် ထိုထက်ငယ်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် သင်သည် အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်ခံရသူတစ်ဦး ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ မတော်မတရားပြုသူ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံအရ အကျိုးဝင်သူဖြစ်ခြင်း။</p>  |
| <p><b>သင့်တွင် အခြားအာမခံရှိလျှင် ဘာဖြစ်မလဲ။</b></p>   | <p>သင်သည် လျှို့ဝှက် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ရှာဖွေနေဘဲ သင့်တွင် အခြား အာမခံချက်ရှိလျှင် သင်သည် FPO ဝန်ဆောင်မှုများကို အကျိုးမဝင်ပါ။</p>  |

|  |   |
|--|---|
| <p>ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင် အဖွဲ့အစည်း (HCA)သည် သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ အချက်အလက်ကို ဘယ်လို အသုံးပြုလိမ့်မလဲ။</p> | <p>HCA သည် သင်၏ အထောက်အထား၊ နိုင်ငံသား၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ၊ မွေးသက္ကရာဇ်နှင့် အခြား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အကျိုးဝင်မှု ရရှိမှုများကို အတည်ပြုခြင်းအားဖြင့် သင်၏ အကျိုးဝင်မှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ဤအချက်အလက်ကို အသုံးပြုသည်။ HCA သည် မည်သည့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အေဂျင်စီနှင့် ဤအချက်အလက်ကို မမျှဝေပါ။</p> <p>သင့်တွင် SSN သို့မဟုတ် ပြည်ဝင်ခွင့် စာရွက်စာတမ်း နံပါတ် မရှိလျှင် ထိုကဏ္ဍများကို အလွတ်ထားထားပါ။</p>   |
| <p><b>Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) အပြည့်အဝ ရရှိမှု ဆိုသည်မှာ ဘာလဲနှင့် ထိုဟာကို လျှောက်ရန် သင့်အခွင့်အရေးကို လျှော့ပေါ့ပေးသင့်သလား။</b></p>                                | <p>သင်သည် Apple ကျန်းမာရေး အပြည့်အဝရရှိမှုကို အကျိုးဝင်လျှင် အတွင်းလူနာနှင့် အပြင်လူနာဆေးရုံ၊ အိမ်တွင်း ကျန်းမာရေးနှင့် ဆရာဝန် ဝန်ဆောင်မှုများအပြင် ဆေးညွှန်း ဆေးဝါးများ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကျန်းမာရေးကုထုံးကဲ့သို့ ရွေးချယ်စရာ အကျိုးရလဒ်များအနေဖြင့် မဖြစ်မနေရရှိသော အကျိုးရလဒ်များအားလုံး အတွက် သင်သည် အကျိုးဝင်သည်။ သင်အကျိုးဝင်သော အများဆုံး ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် အကျိုးဝင်မှုကို ရရှိရန် Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) အပြည့်အဝရရှိမှုကို လျှောက်ထားရန် သင်၏ အကောင်းဆုံး အကျိုးဖြစ်ပါသည်။ Apple ကျန်းမာရေး အပြည့်အဝရရှိမှုအပေါ် နောက်ထပ် သတင်းအချက်အလက်များအတွက် <a href="https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage">https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage</a> တွင် ဝင်ရောက်လေ့လာပါ။</p> |
| <p><b>မဲပေးသူ စာရင်းသွင်း အချက်အလက်များ ရရှိသလား။</b></p>  | <p>1973 ခုနှစ် အမျိုးသားမဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်အက်ဥပဒေအရ ပြည်နယ်အားလုံးကို မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ၎င်းတို့၏ အများပြည်သူဆိုင်ရာ ကူညီရေးရုံးများမှတစ်ဆင့် လျှောက်ထားရန် လိုအပ်ပါသည်။ မဲပေးရန် အမည်စာရင်းပေးသွင်းရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုခြင်းအတွက် ယခု အေဂျင်စီက ထောက်ပံ့ပေးအပ်မည့် အကျိုးခံစားခွင့် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုတို့အပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိမည် မဟုတ်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် <a href="http://vote.wa.gov">vote.wa.gov</a> တွင် မဲပေးရန် သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 ကို ခေါ်ခြင်းဖြင့် မဲပေးရန် အမည်စာရင်းပေးသွင်းနိုင်ပါသည်။</p>  |
| <p><b>သင်၏လျှောက်လွှာ အခြေအနေကို ဘယ်လိုနှင့် ဘယ်အချိန်တွင် သိလိမ့်မလဲ။</b></p>   | <p>လျှောက်လွှာများကို 45 ရက်အတွင်း ရရှိသော အမှာစာအတိုင်း လုပ်ဆောင်ပါသည်။ နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို လိုအပ်လျှင် လျှောက်ထားသူများကို ဖုန်း နှင့်/သို့မဟုတ် မေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။ ဆောက်ရွက်သည်နှင့် လက်ခံစာ သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုစာကို မေးလ်ဖြင့် ပို့ပါလိမ့်မည်။ သင်၏ လျှောက်လွှာကို ပေးပို့၍ လုပ်ဆောင်ခြင်းကို စောင့်ဆိုင်းနေစဉ် အချို့ပံ့ပိုးပေးသူများသည် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးကောင်း ပေးနိုင်ပါသည်။</p>   |
| <p><b>အကျိုးဝင်မဝင် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို သင့်အနေဖြင့် အသနားခံစာ တင်နိုင်ပါသလား။</b></p>  | <p>ဟုတ်ပါတယ်။ ကျန်းမာရေးအကျိုးဝင်မှုအတွက် သင်၏ အကျိုးဝင်မှုကို ထိခိုက်နိုင်သော HCA၊ ဝါရှင်တန် Healthplanfinder သို့မဟုတ် လူမှုကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန (DSHS)မှ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သဘောမတူလျှင် ရက် 90 အတွင်း အသနားခံစာ တင်နိုင်ပါသည်။ အယူခံဝင်ခြင်းများ လုပ်ဆောင်ချက်အကြောင်း ထပ်မံ အချက်အလက်များအတွက် <a href="http://hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid">hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid</a> ကို သွားရောက်ပါ။</p>  |
| <p><b>မည်သည့် အခြားမိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်တွင် ရရှိနိုင်ပါသလဲ။</b></p>  | <p>ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေး မိသားစုစီမံကိန်း ကွန်ရက်ဌာနသည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများမျိုးစုံကို ပေးပါသည်။ <a href="http://doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices">doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices</a> သို့ သွားရောက်၍ ထပ်မံ အချက်အလက်များကို ရယူပါ။</p>  |
| <p><b>မည်သည့် အခြားကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှု ရွေးချယ်စရာများကို ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်တွင် ရရှိနိုင်ပါသလဲ။</b></p>   | <p>အရည်အချင်းမပြည့်မီ၍ စာရွက်စာတမ်းမရှိသော ပြည်ဝင်သူများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကိုယ်ဝန်နှင့်ပတ်သက်သော စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ အပါအဝင် အခြား ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် Apple ကျန်းမာရေး ပရိုဂရမ်များကို <a href="http://hca.wa.gov/apple-health">hca.wa.gov/apple-health</a> တွင် ကြည့်ပါ။</p>  |
| <p><b>သင့်အနေဖြင့် အပို အချက်အလက်ကို ဘယ်မှာ ရှာနိုင်ပါသလဲ။</b></p>   | <p><a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a> တွင် နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို တွေ့နိုင်ပါသည်။</p>   |

## မိသားစုစီမံကိန်းအတွက်သာ ဝန်ဆောင်မှုများ လျှောက်လွှာ

သင် လက်ရှိတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနေသလား။ ဟုတ်သည် မရှိပါ အကယ်၍ ရှိသည်ဟု ဖြေပါက၊ သင်သည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု မရှိသော်လည်း ကျန်းမာရေးလွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်သည်။ **wahealthplanfinder.org** တွင် အွန်လိုင်းလျှောက်ထားပါ **ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် သင်သည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုအတွက်သာ လျှောက်ထားကြောင်း အသိအမှတ်ပြုသည်။**

### 1. လျှောက်ထားသူနှင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်

|   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| အမည် ပထမစာလုံး (သင်၏တရားဝင်အမည် အပြည့်အစုံကို သုံးပါ)   | အလယ်စာလုံး             | အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး  |
| အမျိုးသား    အမျိုးသမီး   | မွေးသက္ကရာဇ်           | လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်  |
| ဝါရှင်တန်တွင် နေထိုင်သူလား။   | ဟုတ်သည်    မဟုတ်ပါ     |   |
| သင်နေထိုင်သည့် လိပ်စာ   | တိုက်ခန်း #            | မြို့   |
| စာပို့ လိပ်စာ   | တိုက်ခန်း #            | မြို့   |
| အိမ်/ဆဲလ်/ဦးစားပေး နံပါတ်   | အလုပ်/မက်ဆေ့ချ် နံပါတ် | ပေးထားသော ဖုန်းနံပါတ်များဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ကို ဆက်သွယ်နိုင်မလား။ |
| အီးမေးလ် လိပ်စာ   |                        | ဟုတ်သည်    မဟုတ်ပါ  |
| သင့်အနေဖြင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ပြောဆိုခြင်း၊ ဖတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရေးသားခြင်းတို့တွင် အခက်အခဲရှိပါသလား။    ဟုတ်သည်    မဟုတ်ပါ |                        |   |
| စကားပြန်တစ်ဦး လိုပါသလား။    ဟုတ်သည်    မလိုပါ    မည်သည့် ဘာသာစကားကို သင် ပြောဆိုသနည်း။ _____                                |                        |   |

သင့်တွင် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် Apple ကျန်းမာရေး (ဝင်ငွေနည်းသူများအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပရိုဂရမ်) လွှမ်းခြုံမှု ခံစားခွင့်ရှိပါသလား။  
 ဟုတ်သည်    မဟုတ်ပါ

**အကယ်၍ ရှိသည်ဟု ဖြေပါက၊** သင်သည် အောက်ပါခြင်းချက်များထဲမှ တစ်ခုနှင့် မကိုက်ညီလျှင် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများ မရရှိနိုင်ပါ-  
 ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှို့ဝှက် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ရှာဖွေနေပြီး ကျွန်ုပ်တို့သည် အသက် 18 နှစ် သို့မဟုတ် တို့အောက် ငယ်သည်၊  
 သို့မဟုတ်  
 ကျွန်ုပ်တို့သည် အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်ခံရသူတစ်ဦး ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ မတော်မတရားပြုသူ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံအရ အကျိုးဝင်ပါသည်။  
*(အထက်ပါ လေးထောင့်ကွက်များထဲမှ တစ်ခုကို စစ်ဆေးခဲ့ပြီးလျှင် အပိုဒ် (၂) သို့ ဆက်သွားပါ)*

သင့်အား ပြီးခဲ့သည့်ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း၊ Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) အပြည့်အဝ လွှမ်းခြုံမှုကို **wahealthplanfinder.org** မှ ငြင်းပယ်ခဲ့ပါသလား။  
 ဟုတ်သည်    မဟုတ်ပါ

**ဟုတ်သည်ဟု ဖြေလျှင်၊** ဒီမှာ ရပ်ပြီး အပိုဒ် (9) ကို သွားပါ။ Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) ကို ငြင်းပယ်ခံရပြီးကတည်းက သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် အပြောင်းအလဲများရှိပါက သင်၏လျှောက်လွှာကို ပြီးစီးအောင် ဖြည့်စွက်ရန် အပိုဒ် (2) သို့ သွားပါ။  
 မဟုတ်လျှင်၊ **wahealthplanfinder.org** တွင် လွှမ်းခြုံမှုကို လျှောက်ထားရမည် (အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော ခြင်းချက်နှစ်ခုအနက်မှ တစ်ခုနှင့် မကိုက်ညီလျှင် သို့မဟုတ် Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) အပြည့်အဝ ရရှိမှုကို မလျှောက်ထားရန် အသိပေး အကြောင်းကြားထားလျှင်)။

**ကျွန်ုပ်တို့သည် မိသားစုစီမံကိန်းအတွက် လျှောက်ထားရန်ကိုသာ ရွေးချယ်ပြီး Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) အပြည့်အဝ ရရှိမှုကို မလျှောက်ထားရန် အသိပေး အကြောင်းကြားထားပါသည်။**

**2. နိုင်ငံသားနှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ**

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ- (တစ်ခုကို ရွေးပါ)-

အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန် လူမျိုး အမေရိကန်တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူ အခြား  
 အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ-

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား "A" နံပါတ် လက်ခံဖြတ်ပိုင်းနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားနံပါတ်  
 နိုင်ငံခြား ပတ်စ်ပို့နံပါတ် နေထိုင်ရာ နိုင်ငံ စတင်ဝင်ရောက်သည့် နေ့ရက် စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည့် နေ့ရက်

**3. အလုပ်အကိုင် / ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်မှ ဝင်ငွေ**

| သင့်ထံမှ ဝင်ငွေ   | အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များမှ ဝင်ငွေ         |   |  |
|---|--|---|--|
| လက်ရှိ အလုပ်ရှင်အမည် (ပထမအလုပ်)   | တယ်လီဖုန်း နံပါတ်                        | လက်ရှိ အလုပ်ရှင်အမည် (ပထမအလုပ်)   | တယ်လီဖုန်း နံပါတ်                        |
| အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ<br><small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small> | ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ | အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ<br><small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small> | ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ |
| လက်ရှိ အလုပ်ရှင်အမည် (ဒုတိယအလုပ်)   | တယ်လီဖုန်း နံပါတ်-                       | လက်ရှိ အလုပ်ရှင်အမည် (ဒုတိယအလုပ်)   | တယ်လီဖုန်း နံပါတ်-                       |
| အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ<br><small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small> | ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ | အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ<br><small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small> | ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ |

အကယ်၍ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးတွင် အလုပ်ရှင်နှစ်ဦးထက် ပိုပါက သီးခြားစာရွက်ပေါ်တွင်ဖြည့်ပြီး ပူးတွဲပါ။  
 ဝင်ငွေကို မည်သို့အစီရင်ခံစာမည်ကို ပိုမိုသိရှိလိုပါက [wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income) သို့ သွားရောက်ကြည့်ရှုပါ။

**4. အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ**

|  | လစဉ်ငွေပမာဏ- | ဒါကို မည်သူ ရရှိသလဲ- |
|--|--------------|----------------------|
| မယားစရိတ်/အိမ်ထောင်ဖက် အထောက်အပံ့  | _____        | _____                |
| ငှားရမ်းခ နှင့်/သို့မဟုတ် မူပိုင်ခွင့်မှရသော ဝင်ငွေ (အသားတင်)                                | _____        | _____                |
| လူမှုဖူလုံရေး/မီးရထားအငြိမ်းစား ခံစားခွင့်များ   | _____        | _____                |
| အလုပ်လက်မဲ့  | _____        | _____                |
| ပင်စင်၊ နှစ်စဉ်ထောက်ပံ့ကြေး နှင့်/သို့မဟုတ် IRA ခွဲဝေဖြန့်ဖြူးခြင်း အပါအဝင် အငြိမ်းစားဝင်ငွေ | _____        | _____                |
| အစုရှယ်ယာမှ အကျိုးအမြတ်များ၊ မတည်ငွေများ၊ အစုရှယ်ယာများ၊ အရင်းအနှီးအမြတ်များ၊                | _____        | _____                |
| နိုင်ငံခြား၊ ယုံကြည်မှု/ အခြားရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုဝင်ငွေများ                                 | _____        | _____                |
| အခွန်ကောက်ခံနိုင်သော လူမျိုးစုဝင်ငွေ   | _____        | _____                |
| လယ်ယာနှင့် ငါးလုပ်ငန်း ဝင်ငွေ (အသားတင်)  | _____        | _____                |
| အခြားအခွန်ကောက်ခံနိုင်သော ဝင်ငွေ   | _____        | _____                |

**5. အိမ်ထောင်စု နှုတ်ယူခြင်း**

လစဉ် ပမာဏ-

ဒါကို ဘယ်သူပေးသလဲ-

မယားစရိတ်/အိမ်ထောင်ဖက် အထောက်အပံ့ ပေးဆောင်သည်

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ထည့်ဝင်မှု/IRA (သို့) အခွန်မဆောင်မီ အငြိမ်းစားယူသည့် အကောင့်ထည့်ဝင်မှုများ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုးနှုန်း ပေးချေခြင်း

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

လက်နက်ကိုင်တပ်ဖွဲ့ ဝင်များအတွက် ရွှေ့ပြောင်းကုန်ကျစရိတ်များ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ပညာသင်ကြားပေးသူအတွက် ကုန်ကျစရိတ်

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ကျန်းမာရေးအတွက် စုဆောင်းငွေအကောင့် ထည့်ဝင်မှုများ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

စောစီးစွာ စုဆောင်းငွေ ထုတ်ယူခြင်းအပေါ် ပြစ်ဒဏ်

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

လျော်ကြေးတောင်းဆိုနိုင်သည့် အချို့သော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း ကုန်ကျစရိတ်များ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. အခွန်ဆိုင်ရာ တင်သွင်းမှု အခြေအနေ**

ဒီနှစ်အတွက် သင်၏ အခွန်ဆိုင်ရာ တင်သွင်းမှု အခြေအနေကို ဖော်ပြပါ။ တစ်ဦးတည်း ပေးသွင်းသူ လက်ထပ်ပြီးသား သီးခြားပေးသွင်းမှု လက်ထပ်ပြီးသား ပူးတွဲပေးသွင်းမှု

အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးတစ်ယောက်၏ မှီခိုသူ အခွန် အိမ်ထောင်စုဝင်မဟုတ်သူ တစ်ဦးတစ်ယောက်၏ မှီခိုသူ အခွန် အခွန် မပေးဆောင်သူ

သင် တရားဝင် လက်ထပ်ထားပါသလား။ ဟုတ်ပါက၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၏ တရားဝင်အမည် အပြည့်အစုံ \_\_\_\_\_  
ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ။ ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး နာမည်

အခွန်ရှင်းတမ်းကို ပေးဆောင်လျှင် သင် တောင်းဆိုသည့် မှီခိုသူများ အခွန် အရေအတွက်ကို ဖော်ပြပါ။ \_\_\_\_\_ မဟုတ်လျှင်၊ သင့်မှာ ကလေးဘယ်နှစ်ယောက် ရှိသလဲ။ \_\_\_\_\_

**7. လတ်တလော အလုပ် ဆုံးရှုံးထားမှု**

ပြီးခဲ့သည့် ရက် 90 အတွင်း သင် အလုပ်ထွက် သို့မဟုတ် အလုပ်ဆုံးရှုံးဖူးသလား။  
ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

ပြီးခဲ့သည့် ရက် 90 အတွင်း သင့်အိမ်ထောင်ဖက် အလုပ်ထွက် သို့မဟုတ် အလုပ်ဆုံးရှုံးဖူးသလား။  
ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်လျှင်၊ လုပ်ငန်းအမည်- \_\_\_\_\_

ဟုတ်လျှင်၊ လုပ်ငန်းအမည်- \_\_\_\_\_

လုပ်ငန်း နောက်ဆုံးထမ်းဆောင်ရက်- \_\_\_\_\_

လုပ်ငန်း နောက်ဆုံးထမ်းဆောင်ရက်- \_\_\_\_\_

**8. လူမျိုး/ဇာတိ နောက်ခံအကြောင်းအရာ**

သင်၏ လူမျိုး သို့မဟုတ် ဇာတိ နောက်ခံအကြောင်းကို မိမိဆန္ဒအလျောက် ပြောရန် တောင်းဆိုပါသည်။ ယခုအချက်အလက်များကို ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် အသုံးပြုမည်မဟုတ်ပါ။

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| ကော့ကေးဆပ်   | လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်         | ဗီယက်နမ်လူမျိုး/လာအိုလူမျိုး/ကမ္ဘောဒီးယားလူမျိုး |
| ဟစ်စပန်းနစ်  | အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဇာတိ | အခြား အေးရှ သို့မဟုတ် ပစိဖိတ် ကျွန်းနိုင်ငံသား   |
| အခြား- _____ | မျိုးနွယ်စုအမည်- _____                     |  |

**9. အောက်တွင် လက်မှတ်မရေးထိုးမီ ဂရုစိုက်ပြီး ဖတ်ပါ**

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် နားလည်ပါသည်-

- HCA သည် ကျွန်ုပ်ပေးသော အချက်အလက်ကို သက်သေပြရန် ကျွန်ုပ်အား တောင်းဆိုနိုင်သည်။ အခြားအေဂျင်စီများ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ တာဝန်ရှိသူများနှင့် ဆက်သွယ်ရန် သို့မဟုတ် အထောက်အထား ရရှိရန် HCA က ကျွန်ုပ်အား ကူညီပေးနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အခြားပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်အေဂျင်စီများမှ ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များကို အမေရိကန် အကောက်ခွန်နှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ (USCIS) နှင့် မျှဝေမည် မဟုတ်ပါ။
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု အကူအညီများကို တောင်းခံခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းအားဖြင့် မည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှုနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် မည်သည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း၏ ပေးချေမှုများနှင့် စပ်ဆက်နေသည့် အခွင့်အရေးများအားလုံးကို ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်အား လွှဲပြောင်းပေးအပ်ပါသည်။
- ဤလျှောက်လွှာသည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုယ်ဝန်ကိုသာ ကာကွယ်ရန်ဖြစ်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အခြားဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အကူအညီ လိုအပ်ပါက Washington Healthplanfinder ([wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)) တွင် လျှောက်ထားနိုင်သည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ငွေကြေးအကူအညီ သို့မဟုတ် အစားအစာ ဘောင်ချာများ လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်သည် DSHS အသိုင်းအဝိုင်း ဝန်ဆောင်မှုရုံး သို့မဟုတ် ဝါရှင်တန် ကော်နက်ရှင် ([washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)) တွင် လျှောက်ထားနိုင်သည်။
- ရုံးဖွင့်ရက် 15 ရက်အတွင်း နောက်ထပ်အချက်အလက်များ တောင်းဆိုမှုများ ပြုလုပ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့တုန့်ပြန်ရမည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ လျှောက်လွှာကို ငြင်းပယ်မည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုစီမံကိန်း ပံ့ပိုးပေးသူ၏ ရုံးမှတစ်ဆင့် ပေါ်ပေါက်လာသော စွဲချက်အားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိသည်။

**10. ရွေးချယ်ခွင့်ရှိသော အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် (AREP)**

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| အမည် / အဖွဲ့အစည်း | တယ်လီဖုန်း နံပါတ် |
| စာပို့ လိပ်စာ     | တိုက်ခန်း #       |
|                   | မြို့             |
|                   | ပြည်နယ်           |
|                   | ဇစ်ကုဒ်           |

**11. ကြော်ငြာချက် နှင့် လက်မှတ်**

ယခု လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သိရှိပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ယခုလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်သွင်းထားသော အချက်အလက်များမှာ မှန်ကန်ကြောင်း၊ ခိုင်လုံကြောင်း နှင့် ကျွန်ုပ်သိသမျှ ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်သွင်းထားကြောင်းနှင့် မှသားပြောဆိုမှုရှိပါက အပြစ်ခံယူရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ် | နေ့စွဲ |
|-----------------------|--------|

**ဖြည့်စွက်ထားသော ပုံစံကို အောက်ပါတို့အနက်မှ တစ်ခုကို အသုံးပြု၍ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင် အဖွဲ့အစည်းထံ ပြန်ပို့ပေးပါ-**

- မေးလ်- HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- ဖက်စ်- 1-866-841-2267
- ဖုန်း- 1-800-562-3022
- Email: [apple@hca.wa.gov](mailto:apple@hca.wa.gov)