

Medicare ချွေတာရေး အစီအစဉ်များအတွက် လျှောက်လွှာ

လျှောက်လွှာအား မဖြည့်စွက်မီ အောက်ပါတို့အား ဖတ်ရှုပါ။

သင့်ဝင်ငွေပေါ်မူတည်ပြီး Medicare Savings (MSP) သည် နတ်ယူဖြတ်တောက်မှုများ၊ ပူးတွဲပေးချေမှုအာမခံ နှင့် အာမခံအပြင်ထပ်မံပေးချေမှုများတို့အပါအဝင် သင့် Medicare ပရီမီယံကြေးများ နှင့် Medicare မှ ပေးချေပေးခြင်းမရှိသည့် အခြားသော ကုန်ကျစရိတ်များတို့အတွက် ကူညီပေးချေပေးနိုင်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းရန် နည်းလမ်း သုံးမျိုး ရှိပါသည် -

- **စာတိုက် -**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **ဖုန်း -** 1-888-338-7410
- **အွန်လိုင်း -** washingtonconnection.org
- **ဖုန်း -** 1-877-501-2233
- **လူကိုယ်တိုင် -** dshs.wa.gov/office-locations ရှိ သင်၏ ဒေသခံ ရပ်ရွာအဖွဲ့အစည်း ဝန်ဆောင်မှုများရုံးခန်းတွင် ထွက်ပေါ်ကျလာမည့် သေတ္တာကွက်တစ်ခုအား ရှာဖွေပါ။

1 လျှောက်ထားသူ အမည် နှင့် ဆက်သွယ်လိပ်စာ အချက်အလက်များ

အမည်ပထမစာလုံး(ကိုယ်တိုင်) _____ M.I. _____ အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး နှင့် နောက်ဆက်တွဲ _____

အသုံးပြုသူ ID နံပါတ် (အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင်) _____

သင်နေထိုင်သည့်နေရာ၏ လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____

သင့်တွင် လက်တွေ့ လိပ်စာ မရှိလျှင် ဤသေတ္တာကွက်အား စစ်ဆေး အမှတ်အသားပြုပေးပါ။

စာပို့လိပ်စာ (အကယ်၍ မတူညီလျှင်) _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____

အဓိက ဖုန်းနံပါတ် _____ ဒုတိယ ဖုန်းနံပါတ် - _____

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် စကားပြန်အား လိုအပ်ပါသလား သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများအား အခြား ဘာသာစကားဖြင့် လက်ခံရယူလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟု ဆိုပါက မည်သည့် ဘာသာစကား သို့မဟုတ် အခြားဖောမတ်ပုံစံအား သင် လိုအပ်သနည်း။ သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးအား စာရင်းပြုပေးပါ -

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အချက်အလက်များ

အိမ်ထောင်စု အခြေအနေများကို နားလည်သိကျွမ်းသူ သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီမူဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အိမ်ထောင်စု၏ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် အိမ်ထောင်စုမှ တာဝန်ပေးအပ်ထားသူ အစရှိသည့် အရွယ်ရောက်သူတစ်ဦးဦးသည် ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် ဆောင်ရွက် နိုင်ပါသည်။

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအား ခန့်အပ်ခြင်းဖြင့် သင်သည် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ထံသို့ အောက်ပါတို့အား ဆောင်ရွက်ရန် ခွင့်ပြုပေးလိုက် ခြင်းဖြစ်ပါသည်။

- သင့်ကိုယ်စား လျှောက်လွှာအား လက်မှတ်ရေးထိုးရန်၊
- သင့်လျှောက်လွှာနှင့် အကောင်တို့နှင့်ဆက်နွယ်သော အသိပေးအကြောင်းကြားချက်များအား လက်ခံရယူရန်၊ နှင့်
- လျှောက်လွှာနှင့် စာရင်းအကောင်တို့နှင့်ဆက်နွယ်သော ကိစ္စရပ်များအားလုံးအတွက် သင့်ကိုယ်စား ပြုမူပေးရန်။

1. သင့်အနေဖြင့် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးကို ခန့်အပ်ပါမည်လား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
2. သင့်လျှောက်လွှာ နှင့် အကောင်တို့နှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အသိပေးစာ များကို သင်၏ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်အား လက်ခံရယူစေလိုပါသလား။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

3. ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်အနေနှင့် ဥပဒေရေးရာ အုပ်ထိန်းမှု ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟုဆိုလျှင် မည်သူနည်း - _____
4. ယခု တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်အနေဖြင့် ရှေ့နေ အာဏာ ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟုဆိုလျှင် မည်သူနည်း - _____

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည် / အဖွဲ့အစည်း

ဖုန်းနံပါတ် -

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ စာလိပ်စာ

အီးမေးလ်လိပ်စာ

သင်နှင့် သင့်မိသားစုအကြောင်း အချက်အလက်များ

သင်ကိုယ်တိုင်၊ ထို့ပြင် သင်သည် ၎င်းတို့အတွက် လျှောက်ထားပေးခြင်းမပြုသည့်တိုင် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် မိမိသူများတို့အား စာရင်းပြုပေးပါ (အကယ်၍ လိုအပ်လျှင် နောက်ဆက်တွဲစာရွက်များ တွဲပေးပါ။)

ကိုယ်တိုင်

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)

မွေးဖွားစဉ်ချိန်ခါ သတ်မှတ်ပေးထားသော လိင်အမျိုးအစား

သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ ကလေး)

မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) *

ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုကို သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. နိုင်ငံသား

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

Washington တွင် နေထိုင်သူ

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။ (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျူးသား

မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို

စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြားသော စပန်းနစ်ရုပ်/ဟစ်စပန်းနစ်

ပရူတိုရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်ရာ ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်နိုင်သည်)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ

တရုတ်

ကိုရီးယား

ထိုင်း

အာရှသား

ဖလစ်ပိုင်

လာအို

ဗီယက်နမ်

အာရှ အိန္ဒိယ

ဇာမေးနီးယန်း

အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား

လူဖြူ

လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်

ဟာဝေးယံ

အခြား လူမျိုး

ကမ္ဘာအိမ်သား

ဂျပန်

စပိန်

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး) မွေးဖွားစဉ်ချိန်ခါ သတ်မှတ်ပေးထားသော လိင်အမျိုးအစား သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ ကလေး) မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)* ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုကို သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. နိုင်ငံသား ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Washington တွင် နေထိုင်သူ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

သင်သည် ဟပ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။ (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား၊ မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်ရာ ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်နိုင်သည်)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ တရုတ် ကိုရီးယား ထိုင်း

အာရှသား ဖလစ်ပီနို လာအို ဗီယက်နမ်

အာရှ အိန္ဒိယ ဝှာမေးနီးယန်း အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား လူဖြူ

လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ဟာဝေးယံ အခြား လူမျိုး

ကမ္ဘောဒီးယား ဂျပန် စပိန်

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး) မွေးဖွားစဉ်ချိန်ခါ သတ်မှတ်ပေးထားသော လိင်အမျိုးအစား သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ ကလေး) မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)* ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုကို သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. နိုင်ငံသား ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Washington တွင် နေထိုင်သူ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

သင်သည် ဟပ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။ (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား၊ မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်ရာ ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်နိုင်သည်)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း
အာရှသား	ဖလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဇာမေးနီးယန်း	အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေးယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘာ့အိန္ဒိယ	ဂျပန်	စပိန်	

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး) မွေးဖွားစဉ်ချိန်ခါ သတ်မှတ်ပေးထားသော လိင်အမျိုးအစား သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်ကလေး) မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)* ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုကို သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. နိုင်ငံသား ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Washington တွင် နေထိုင်သူ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

သင်သည် ဟပ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။ (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား၊ မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
 အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်ရာ ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်နိုင်သည်)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း
အာရှသား	ဖလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဇာမေးနီးယန်း	အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေးယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘာ့အိန္ဒိယ	ဂျပန်	စပိန်	

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး) မွေးဖွားစဉ်ချိန်ခါ သတ်မှတ်ပေးထားသော လိင်အမျိုးအစား သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်ကလေး) မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)* ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုကို သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. နိုင်ငံသား ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Washington တွင် နေထိုင်သူ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

သင်သည် ဟပ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။ (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျားသား မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟပ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်ရာ ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်နိုင်သည်)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ တရုတ် ကိုရီးယား ထိုင်း
အာရှသား ဗလစ်စီနို လာအို ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ ငွာမေးနီးယန်း အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ဟာဝေးယံ အခြား လူမျိုး
ကမ္ဘာအိတ်သား ဂျပန် စပိုအာ

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်စုံမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

*HCA အနေနှင့် ဤအချက်အလက်များအား လုပ်ငန်းကြမ်းကြပ်ရေးဆိုင်ရာ တွန်းအားပေးမှု ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ အေဂျင်စီထံ မှုဝေခြင်း ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပေ။ အကယ်၍ သင့်တွင် SSN မရှိလျှင် ဤစာမျက်နှာအား အလွတ်ချန်ထားပါ။

4 ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု အချက်အလက်

အရည်အချင်းပြည့်စုံမှုအတွက် သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်း- Medicare အပိုင်း A သက်ဆိုင်သည်များအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ။

ကိုယ်တိုင် ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Medicareနံပါတ် - _____
အိမ်ထောင်ဖက် ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Medicareနံပါတ် - _____
အခြားသော ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Medicareနံပါတ် - _____

အရည်အချင်းပြည့်စုံမှုအတွက် သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်း- Medicare အပိုင်း B သက်ဆိုင်သည်များအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ။

ကိုယ်တိုင် ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Medicareနံပါတ် - _____
အိမ်ထောင်ဖက် ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Medicareနံပါတ် - _____
အခြားသော ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ Medicareနံပါတ် - _____

ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့တွင် အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု ရှိပါသည်။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ရှိပါက မည်သည့်အာမခံ နှင့် မည်သူအပေါ် အာမခံအကျိုးပင်လွှမ်းခြုံပေးသည်ကို ဖော်ပြပါ။

အကယ်၍ ဟုတ်လျှင် မည်သည့်လတွင်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ထံဟပြပေးပါ

5 ဝင်ငွေ

သင် နှင့် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော သင့် အိမ်ထောင်ဖက်၏ ဝင်ငွေအား စာရင်းပြုပေးပါ (အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင်) နတ်ယူမှုဖြတ်တောက်မှုများ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အာမခံ အစရှိသည်)အား မပြုလုပ်ခင် ဝင်ငွေပမာဏကို စာရင်းပြုပါ။ ဝင်ငွေများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်ပါသည် သို့သော် ကန့်သတ်ထားခြင်း မရှိပါ။

- လုပ်အားခများ
- လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ
- SSI/လူထု ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု
- ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်
- စစ်ပြန် အကျိုးခံစားခွင့်များ
- ပင်စင်များ/လုပ်သက်အနားယူမှု
- ကော်မရှင်များ
- ကလေးစရိတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ
- အမြတ်ငွေ နှင့် အတိုး
- အခန်း နှင့် ဘော်ဒါ/ငှား
- အလုပ်လက်မဲ့ သို့မဟုတ် အလုပ်သမား လျော်ကြေးငွေ
- အခြားသော
- ရထားလမ်းဝန်ထမ်းအငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ
- မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ*

*သင်၏ မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းရေတွက်နိုင်ခြင်း ရှိမရ လေ့လာရန် မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ ဝင်ငွေဇယားအား ကြည့်ရှုပါ - hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

အမည်	အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ်ဝင်ပတ်အရင်းအမြစ်	နတ်ယူမှုဖြတ်တောက်မှုများမတိုင်မီပမာဏ	ကြိုမီရည် မည်မျှ လက်ခံရရှိသနည်း။

6 မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ခြင်း

မဲပေးသူမှတ်ပုံတင်ခြင်းဝန်ဆောင်မှု၊ အလိုအလျောက်စနစ်အပါအဝင်တို့ကို ဌာနမှ လုပ်ဆောင်ပေးသည်။

မဲပေးရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မဲပေးစွဲစာရင်းသွင်းရန် ငြင်းဆိုခြင်းသည် ဤအကျိုးဆောင်မှ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏများကို မထိခိုက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင် စာရွက်အား ဖြည့်သွင်းလိုပါကလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ကူညီပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ အကူအညီကို ရှာဖွေရန် သို့မဟုတ် လက်ခံရန်အတွက် ဆုံးဖြတ်ခြင်းသည် သင့် သဘောသာ ဖြစ်ပါသည်။ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင် စာရွက်ကို သီးသန့်အနေဖြင့်လည်း ဖြည့်သွင်းကောင်း ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်၏ မဲပေးစွဲ အမည်စာရင်းပေးသွင်းရန်၊ မဲပေးရန် အမည်စာရင်း ပေးသွင်းမှုအား ငြင်းဆိုရန်၊ မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မတင်ခြင်းနှင့် ပတ်သက်သည့် သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအခွင့်အရေး သို့မဟုတ် သင် နှစ်သက်သည့် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံရေးပါတီများ အား ရွေးချယ်ခြင်းဆိုင်ရာ ကိုယ်ပိုင် အခွင့်အရေးအား တစ်စုံတစ်ဦးက ကြားဝင်စွက်ဖက်နေသည်ဟု ယူဆပါက သင့်အနေဖြင့် အောက်ဖော်ပြပါ နေရာသို့ တိုင်ကြားစာ ပေးပို့နိုင်ပါသည် -

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, အီးမေးလ် elections@sos.wa.gov သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

သင့်အနေဖြင့် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်လိုပါလား သို့မဟုတ် သင်၏ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို အဆင့်မြှင့်တင်လိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ သင်သည် မည်သည့်သေတ္တာကွက်ကိုမှ အမှတ်အသားမပြုလုပ်ထားလျှင် သင်သည် ဤအကြိမ်၌ မဲပေးစွဲ စာရင်းမသွင်းရန် ဆုံးဖြတ်လိုက်သည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ ယူဆပေးမည်။ သို့သော် သင်သည် အလိုအလျောက် မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်စာရင်းသွင်းမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပြီး ၎င်းအား မငြင်းဆန်သောအခြေအနေမှလွှဲ၍ ဖြစ်သည်။

အထက်တွင် "ဟင်အင်း" အကွက်အား အမှန်မဖြစ်သရွေ့ အလိုအလျောက် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ခွင့်အတွက် အကျိုးဝင်ပါသည်။ သင်သည် လာမည့်ရွေးကောက်ပွဲတွင် အနည်းဆုံး အသက် 18 နှစ်ပြည့်ပြီး ပါက၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၏နိုင်ငံသားဖြစ်ပါက၊ ထို့ပြင် DSHS တွင် သင့်အမည်၊ နေထိုင်သည့်ရပ်ကွက်နှင့် စာပို့လိပ်စာ၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နိုင်ငံသားဖြစ်ကြောင်းအထောက်အထား၊ ထို့ပြင် ဤလျှောက်လွှာပေါ် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း သင်၏လက်မှတ်တို့ ပါရှိပါက အလိုအလျောက်မဲပေးသူအဖြစ်မှတ်ပုံတင်ရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။

“ဟုတ်ကဲ့” အကွက်ကို ဖြစ်ထားပါက၊ သို့မဟုတ် မည်သည့်အကွက်ကိုမှ မဖြစ်ထားပါသော်လည်း၊ အလိုအလျောက်မဲပေးရန်စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များနှင့်ကိုက်ညီနေပါက DSHS မှ သင်၏အချက်အလက်များကို ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးများရုံးသို့ ပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး၊ သင်သည် မဲပေးရန်အလိုအလျောက်မှတ်ပုံတင်ပြီးသားဖြစ်ပါမည်။

7 လက်မှတ်မထိုးမီ ရှုထောင့်ကို ဖတ်ပါ

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် အောက်ပါတို့ကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်-

- ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေနှင့်ပတ်သက်ပြီး ပြောင်းလဲမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ တာဝန်ခံထံသို့ စာဖြင့်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် ဖုန်းဖြင့်ဖြစ်စေ ချက်ချင်း အစီရင်ခံရမည်ဖြစ်သည်။ နောက်ကျသည့် အစီရင်ခံခြင်းကြောင့် မမှန်ကန်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ ဖြစ်ပွားနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေကို အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် အခြားသော ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ် အေဂျင်စီများက စိစစ် အတည်ပြု ပေးရမည်ဖြစ်ပါ သည်။
- အကူအညီရယူရန်အတွက် မေးမြန်းသည့်အခါ ကျွန်ုပ်ဘက်က အထောက်အထား ပေးအပ်ရမည် ဖြစ်ပါသည်။ အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ တာဝန်ရှိသူအနေဖြင့် အဆိုပါ အထောက်အထား ကို ရရှိရန် သို့မဟုတ် ၎င်းအတွက် အခြားပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီများကို ဆက်သွယ်ရန် ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု အကျိုးခံစားခွင့်များကို တောင်းဆိုခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းအားဖြင့် Washington ပြည်နယ်ထံသို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှုမှန်သမျှနှင့်ပတ်သက် သည့် အခွင့်အရေးများ အားလုံးကိုသော်လည်းကောင်း တတိယပါတီအဖွဲ့ တစ်ဖွဲ့ ဖွဲ့ထံသို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးချေစေမှုများကိုသော်လည်းကောင်း ကျွန်ုပ်မှ တာဝန် ချအပ်ပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

မှတ်ချက်များ မျှဝေရန် သို့မဟုတ် နောက်ထပ် အချက်အလက်များ ထည့်သွင်းရန် နောက်ဆက်တွဲအပိုစာရွက်တစ်ရွက်အား ပူးတွဲပေးပါ။

8 ထုတ်ပြန်ချက် နှင့် လက်မှတ်(များ)

ယခု လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပြီး၊ နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ပြစ်မှုဖြစ်ဒဏ်ပေးခြင်းခံရနိုင်သည့် လက်အောက်တွင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဤလျှောက်လွှာ အတွင်း ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ် သိရှိထားသမျှအတတ်နိုင်ဆုံး မှန်ကန်၊ တိကျ၍ ပြီးပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ် ထုတ်ပြန်ကြေငြာအပ်ပါသည်။

_____	_____	_____
လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်		ရက်စွဲ
_____	_____	_____
လျှောက်ထားသူအား ကူညီပေးသူ၏ လက်မှတ် (အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင်)	အဖွဲ့အစည်း	ရက်စွဲ

HCA နှင့် DSHS တို့သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖယ်ဒရယ်နှင့် Washington ပြည်နယ် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေး ဥပဒေများ အားလုံးကို လိုက်နာဆောင်ရွက်ပြီး၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ ပန်ဆောင်မှုများတွင် တန်းတူညီမျှစွာ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်မှုကို ထောက်ပံ့ပေးသွားရန် ကတိကဝတ်ပြုပါသည်။ သင့်အနေနှင့် နေရာထိုင်ခင်းပြင်ဆင်မှု တစ်ခုခု လိုအပ်လျှင်သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများကို အခြား ပုံစံ သို့မဟုတ် အခြား ဘာသာစကားဖြင့် လိုအပ်လျှင်သော်လည်းကောင်း 1-877-501-2233 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။