

ဆယ်ကျော်သက် ကိုယ်ဝန်ဆောင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာမခံ (အသက် 19 နှစ်အောက် ဆယ်ကျော်သက်များအတွက်)
 Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

အမည် ပထမစာလုံး	အလယ်စာလုံး	နောက်ဆုံးစာလုံး
သင်နေထိုင်သည့် နေရပ်လိပ်စာ (သင့်တွင် သင့်လျော်သည့် နေရပ်လိပ်စာ မရှိပါက အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော စာပို့လိပ်စာနေရာတွင် ဖြည့်သွင်းပါ။)		
လမ်းအမည်	မြို့	ပြည်နယ် ZIP ကုဒ်
စာပို့လိပ်စာ (သင့်အနေဖြင့် လိပ်စာများအား တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်ထံသို့ ပေးလိုပါက အောက်ပါအချက်များကို ဖြည့်ပါ။)		
လမ်းအမည်	မြို့	ပြည်နယ် ZIP ကုဒ်
သင်ပေးလိုသော ဖုန်းနံပါတ်များ		
အဆိုပါဖုန်းနံပါတ်များမှာ ဆရာဝန်/ထောက်ပံ့သူ တစ်ဦးက မက်ဆေ့ချ် တစ်ခု ပေးထားနိုင်သည့် ဖုန်းနံပါတ်များဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက ၎င်းနေရာတွင် ဖြည့်သွင်းမှုမပြုလုပ်ပါနှင့်။		
ဆက်သွယ်ရန် နံပါတ်-	အသံမေးလ် နံပါတ်-	
ဘာသာစကားနှင့် မသန်စွမ်း ဝန်ဆောင်မှုများ		
သင့်အနေဖြင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ပြောဆိုခြင်း၊ ဖတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရေးသားခြင်း တို့တွင် အခက်အခဲရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ		
စကားပြန် လိုပါသလား။ <input type="checkbox"/> လိုပါသည် <input type="checkbox"/> မလိုပါ		
ဘာသာပြန် အထောက်အကူ ပစ္စည်းများ လိုပါသလား။ <input type="checkbox"/> လိုပါသည် <input type="checkbox"/> မလိုပါ		
မည်သည့်ဘာသာစကားဖြင့် ပြောဆိုရန် နှစ်သက်သနည်း။ _____		
မည်သည့်ဘာသာစကားဖြင့် ဖတ်ရန် နှစ်သက်သနည်း။ _____		
မေးခွန်းများ (အဆိုပါမေးခွန်းများကို မြေကြားခြင်းကြောင့် သင်၏ အာမခံ ကို တစ်စုံတစ်ရာ သက်ရောက်ခြင်းမရှိနိုင်ပါ။)		
သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဟုတ်ပါသလား သို့မဟုတ် အမေရိ ကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင် အခြေချနေထိုင်သူ ဟုတ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		
သင်သည် အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဇာတိ ဟုတ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		
သင်၏ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှုကို ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအဖြစ် ထားရှိလိုပါသလား။ <input type="checkbox"/> လိုပါသည် <input type="checkbox"/> မလိုပါ		
သင်၏ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ကာလအတွင်း မပေးချေရသေးသော ဆေးဘက် ဆိုင်ရာ ကုန်ကျငွေ ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ		
မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy)	ကိုယ်ဝန်ဆောင် ပြီးဆုံးရက် (mm/dd/yyyy) (အတိအကျမသိပါက ခန့်မှန်းပြီးထည့်ပါ။)	လူမှုလိုခြံရေးနံပါတ် (တစ်ခုမှ မရှိပါက ကွက်လပ်အဖြစ် ချန်ခွဲပါ။)
ရေးချယ်နိုင်သော တာဝန်ရှိ ကိုယ်စားလှယ် (AREP ဆိုသည်မှာ သင်၏ အာမခံ နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆွေးနွေးပြောဆိုရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ဆယ်ကျော် သက် ကိုယ်ဝန်ဆောင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအာမခံ နှင့် ပတ်သက် သည့် မေးလ် ကို လက်ခံရရှိရန် သင်ခွင့်ပြုထားသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုတာဝန်ခံ ဖြစ်ပါသည်။) AREP တစ်ဦးကို ရယူနိုင်ရန်အတွက် အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ ကို ဖြည့်ပါ။		
AREP ၏ အမည်	အဖွဲ့အစည်း အမည်	ဖုန်းနံပါတ်
လမ်းအမည်	မြို့	ပြည်နယ် ZIP ကုဒ်
တစ်ခု သို့မဟုတ် နှစ်ခုလုံးကို စစ်ဆေးပါ- <input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်ထံပေးမည့် စာကို ကျွန်ုပ်၏ လိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ။ <input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်ထံပေးမည့် စာကို AREP ၏ လိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ။		
အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးမီ ဂရုစိုက်ပြီး ဖတ်ပါ		
ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် နားလည်ပါသည်- <ul style="list-style-type: none"> ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေကို ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုတာဝန်ခံ သို့မဟုတ် အခြားသော ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ် အေဂျင်စီများက စိစစ် အတည်ပြု ပေးရမည်ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ဝန်အား ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအဖြစ် ထားရှိလိုပါက ယခု အစီ အစဉ်တစ်လျှောက် ရရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အခြားသော အာမခံ ကို ကောက်ယူသွားမည်မဟုတ်ပါ။ 		
ကြေညာချက် နှင့် လက်မှတ်		
ယခု လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သိရှိပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ယခုလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်သွင်းထားသော အချက်များမှာ အမှတ်တကယ်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်သိသမျှ ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်သွင်းထားကြောင်းနှင့် မှားယွင်းပြောဆိုမှုရှိပါက အပြစ်ခံယူရမည်ကိုလည်း သိရှိပါသည်။		
လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	