

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်လွှာ (နှင့် ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် သင် အကူအညီ ရနိုင်/မရနိုင် စစ်ဆေးကြည့်ရှုရန်)

သင် မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း ကြည့်ရှုရန် ဤလျှောက်လွှာအား အသုံးပြုပါ။

- Washington Apple Health (Medicaid) မှ အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု ဤတွင် ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် (Children's Health Insurance Program I CHIP) ဟူ၍လည်း သိရှိထားကြသော ပရိမိယများဖြင့် Apple Health for Kids လည်း ပါဝင်သည်
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုအတွက် သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ပရိမိယကြေးများအား ကူညီပေးချေပေးနိုင်သော အခွန်ခရစ်ဒစ်
- စရိတ်ပြည့် ပုဂ္ဂလိက အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီသော သွားဘက်ဆိုင်ရာ အစီအစဉ်

အွန်လိုင်းဖြင့် ပိုမိုလျင်မြန်စွာ လျှောက်ထားပါ

- အွန်လိုင်းတွင် wahealthplanfinder.org ဖြင့် ပိုမိုလျင်မြန်စွာ လျှောက်ထားရန်

သင်ကိုယ်တိုင်နှင့် အခြားသူများအတွက် လျှောက်ထားရာတွင် သင် လိုအပ်မည့် အချက်အလက်များ -

- လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) များ - သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ SSN ရှိထားသော မည်သည့် မိသားစုဝင်မဆိုအတွက် (သင့်တွင် SSN တစ်ခု ရှိထားရမည်ဟု အစီအစဉ်တိုင်း သတ်မှတ်ထားခြင်း မဟုတ်ပေ)
- သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မိသားစုဝင်တစ်ဦးစီ၏ မွေးနေ့များ
- နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ်၊ "A" နံပါတ်၊ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု လျှောက်ထားမည့် ရွှေ့ပြောင်းအခြေချနေထိုင်သူများဖြစ်ကြသော မိသားစုဝင်များ မှန်သမျှ နှင့် အခြားသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ နံပါတ်များ
- ၎င်းတို့အနေနှင့် အခွန်ပြန်တမ်းအား ဖိုင်တွဲထားရန် လိုအပ်သည့်အတွက်ကြောင့် အရွယ်ရောက်လူကြီးများ အားလုံးနှင့် ဝင်ငွေ အလုံအလောက်ရှိသော အသက်မပြည့်သေးသူများ အားလုံးတို့၏ ဝင်ငွေဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ
- သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုအတွက် ရရှိနိုင်သော ကျန်းမာရေးအာမခံနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အဘယ်ကြောင့် များပြားစွာ တောင်းခံရပါသနည်း။

သင်သည် မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။ သင် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များအား ဥပဒေအရ လိုအပ်သည်နှင့်အညီ ကျွန်ုပ်တို့ စောင့်ထိန်း၊ ထိန်းသိမ်းထားမည် ဖြစ်ပါသည်။

ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးထားသော သင်၏ လျှောက်လွှာကို ပေးပို့ရန် -

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
သို့မဟုတ် ဖက်စ် - 1-855-867-4467

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များအားလုံး သင့်ထံ၌ မရှိလျှင် သင့် အမည်၊ မွေးနေ့၊ လိင်စာ နှင့် လက်မှတ်တို့အား ဖြည့်စွက်၍ သင့် လျှောက်လွှာအား စတင်ဆောင်ရွက် ကာ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် လိပ်စာသို့ ၎င်းအား စာတိုက်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီရယူရန် -

- အွန်လိုင်း - wahealthplanfinder.org
- ဖုန်း - သုံးစွဲသူ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု စင်တာထံ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) သို့မဟုတ် 1-855-627-9604 (TTY) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။
- လူကိုယ်တိုင် - လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရယူရန်အတွက် သုံးစွဲသူ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုလင့်ခ်ဖြစ်သည့် wahealthplanfinder.org မှတစ်ဆင့် လမ်းညွှန်သူ သို့မဟုတ် ပွဲစားတစ်ဦးအား ရှာဖွေပါ။
- ဘာသာစကား သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု - (စကားပြန် သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်စာရွက်စာတမ်း ဘာသာပြန်ချက်များ အပါအဝင်) သင့် ဘာသာစကားဖြင့် အခမဲ့ အကူအညီ ရယူရန် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူအတွက် နေရာချစီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးမှုအား ရယူရန် 1-855-WAFINDER (855-923-4633) သို့မဟုတ် 1-855-627-9604 (TTY) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံအကျိုး ဝင်လွှမ်းခြံမှု ဆိုင်ရာ ရပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ

ဤစာရွက်စာတမ်းအတွင်းတွင် -

- **အပိုင်း 1** ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြံမှု အစီအစဉ်များ အားလုံး
- **အပိုင်း 2** Washington Apple Health တစ်ခုတည်းနှင့်သက်ဆိုင်သော အကြောင်းအရာ
- **အပိုင်း 3** အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များနှင့်သာသက်ဆိုင်သော အကြောင်းအရာ
- **အပိုင်း 4** မကျေနပ်တိုင်ကြားချက် လျှောက်ထားခြင်း

1. ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြံမှု အစီအစဉ်များ အားလုံး

သင်၏ ရပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများ

Washington Health Benefit Exchange (Washington ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု) နှင့် Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် အောက်ပါတို့ကို ဆောင်ရွက်ပေးရမည် ဖြစ်သည် -

တောင်းဆိုထားသော လျှောက်လွှာဖော်ပြချက်များ အားလုံးအား သင် ဖတ်ရှု၊ ပြည့်စုံစွာနားလည်နိုင်စေဖို့ အကူအညီပေးခြင်း။ Washington Health Benefit Exchange (HBE) သည် သင်၏ ကျန်းမာရေးနှင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြံမှုအား သင် သွားရောက်လျှောက်ထား၍ စီမံခန့်ခွဲမှုပြုရသော Washington Healthplanfinder အား စီမံအုပ်ချုပ်လျက် ရှိပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက Washington Healthplanfinder ၏ သုံးစွဲသူဝန်ထောက်ပံ့မှုစင်တာထံ 1-855-923-4633 သို့ သင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း တစ်ဦးဖြစ်လျှင် သို့မဟုတ် ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုများ (LTSS) အား လိုအပ်လျှင် လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာ ဌာန (DSHS) ထံ 1-877- 501-2233 သို့ သင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

စကားပြန် သို့မဟုတ် ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုများအား ထောက်ပံ့ပေးခြင်း။ HBE ၊ Health Care Authority (HCA) ၊ သို့မဟုတ် DSHS ဖြင့် သင် ဆက်သွယ်ချိန်တွင် စကားပြန် သို့မဟုတ် ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုများအား သင့်အတွက် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများမရှိစေဘဲ အခမဲ့ ထောက်ပံ့ပေးပါသည်။ သင် ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ ဆက်သွယ်သည့်အခါတိုင်း စကားပြန်တစ်ဦးအား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

သင်၏ ပုဂ္ဂလိက ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များအား သီးသန့် ထိန်းသိမ်းပေးခြင်း။ သို့သော်လည်း အရည်အချင်းပြည့်မီမှု နှင့် စာရင်းသွင်းမှု လုပ်ငန်းစဉ် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်ဘာ အချို့သော အချက်အလက်များကိုမူ အခြားသော ပြည်နယ် နှင့် ဖယ်ဒရယ် အကျင့်စီမံကိန်းထံသို့ ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေကောင်း မျှဝေမည် ဖြစ်သည်။ HBE ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာ မူဝါဒအား washingtonhealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html တွင် ဖတ်ရှုပါ။

အယူခံဝင်နိုင်သည့် အခွင့်အရေးအား သင့်ထံ ပေးအပ်ထားခြင်း။ အကယ်၍ သင်သည် ကျန်းမာရေး အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြံမှု၊ LTSS ၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုခု၊ ကျန်းမာရေးအာမခံဆိုင်ရာ ပရီမီယံ အခွန်ခရစ်ခံမှုများ၊ ပရီမီယံအဆင့် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် စရိတ်မျှခံပေးသော လျော့ချပေးမှုများ အစရှိသည်တို့နှင့် ပတ်သက်ပြီး သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်သော HBE သို့မဟုတ် DSHS မှ ပြုလုပ်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်အပေါ် သဘောတူလက်ခံနိုင်ခြင်း မရှိလျှင် အယူခံဝင်နိုင်သော အခွင့်အရေး ရှိပါသည်။ အယူခံဝင်မှုတစ်ခုအား တောင်းဆိုခြင်းအားဖြင့် သင့်အမှုအား ပြန်လည် ကြည့်ရှုစစ်ဆေးပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ washingtonhealthplanfinder.org/contact-us/appeals သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းအားဖြင့်သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် Washington Healthplanfinder ၏ သုံးစွဲသူထောက်ပံ့မှု စင်တာထံ 1-855-923-4633 သို့ ဆက်သွယ်ခြင်းအားဖြင့်သော်လည်းကောင်း HBE ၏ အယူခံဝင်မှု လုပ်ငန်းစဉ်များအကြောင်း နောက်ထပ် အချက်အလက်များကို ရှာဖွေတွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။ DSHS အစီအစဉ်များ အတွက် အယူခံဝင်မှုများနှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအတွက် DSHS ထံ 1-877- 501-2233 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ သို့မဟုတ် သင်၏ ဒေသခံ နေအိမ်နှင့် ရပ်ရွာအဖွဲ့အစည်း ဝန်ဆောင်မှုများ ဆိုင်ရာ ရုံးခန်းထံသို့ သွားရောက်လည်ပတ်ပါ။ အကယ်၍ အယူခံဝင်မှုသည် Washington Apple Health (Medicaid) အကျိုးဝင်လွှမ်းခြံမှုနှင့်ပတ်သက်သော ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် ဖြစ်လျှင်မူ သင့်အတွက် စီမံ အုပ်ချုပ်မှုပိုင်းဆိုင်ရာ ကြားနာမှုတစ်ခုအား စီစဉ်ပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။

သင့်အား မျှတစွာ ဆက်ဆံခြင်း။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုခြင်းသည် ဥပဒေအား ဆန့်ကျင်ခြင်း ဖြစ်သည်။ HBE နှင့် HCA တို့သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖယ်ဒရယ် အရပ်သား အခွင့်အရေးများနှင့်အညီ လိုက်နာဆောင်ရွက်မှု ရှိပြီး၊ လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ သို့မဟုတ် ကျား၊မ လိင်ကွဲပြားမှုတို့အပေါ် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုများ မပြုပေ။ HBE နှင့် HCA တို့သည် လူတစ်ဦးအား ၎င်း၏ လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ကျား၊မ လိင်ကွဲပြားမှုတို့ကြောင့်ဘဲ ဖယ်ဒရယ်အကျိုးခံစားခွင့်အား သို့မဟုတ် ကွဲပြားစွာ ဆက်ဆံခြင်းများ မပြုပေ။

HBE နှင့် HCA တို့သည် သက်ဆိုင်ရာ ပြည်နယ်ဥပဒေများနှင့်အညီ လိုက်နာဆောင်ရွက်မှုရှိပြီး၊ ဘာသာအယူဝါဒ၊ ဂျွန်ဒါ၊ ဂျွန်ဒါဖွင့်ဟဖော်ထုတ်မှု သို့မဟုတ် ဂျွန်ဒါခံယူချက်၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွှတ်မှု၊ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ၊ ဘာသာရေး၊ ငြိမ်းချမ်းရေး စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် စစ်မှုထမ်း အခြေအနေ၊ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးအနေနှင့် ထရန်နစ်ရရှိထားသော လမ်းညွှန်ခွေး သို့မဟုတ် လမ်းညွှန်ဝန်ဆောင်မှုပေး သည့် အခြားတိရိစ္ဆာန် တစ်ကောင်ကောင်အား အသုံးပြုရမှု အစရှိသည်တို့အပေါ် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုများ မပြုပေ။

HBE နှင့် HCA :

- မသန်စွမ်းသူများအတွက် အခမဲ့ အထောက်အကူများ နှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအား ထောက်ပံ့ပေးပါသည်။ ဤသို့အားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ထိရောက်စွာ ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်မှုပြုနိုင်စေရန် ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ အထောက်အကူနှင့် ဝန်ဆောင်မှု ဥပမာများမှာ -
 - အရည်အချင်းပြည့်မီသော သင်္ကေတပြ ဘာသာစကား စကားပြန်များ
 - အခြားသော ဖောဖတ်ပုံစံများ (ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီး၊ အသံအော်ဒီယို၊ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်သော အီလက်ထရောနစ် ဖောဖတ်ပုံစံများ၊ အခြားသော ဖောဖတ်ပုံစံများ) ဖြင့် ရေးသားထားသော အချက်အလက်များ
- အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားမှာ မိမိတို့၏ အခြေခံဘာသာစကား မဟုတ်သော ပုဂ္ဂိုလ်များအတွက် အခမဲ့ ဘာသာစကား ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဥပမာအားဖြင့် -
 - အရည်အချင်းပြည့်မီသော စကားပြန်များ
 - အခြားသော ဘာသာစကားဖြင့် ရေးသားထားသည့် အချက်အလက်များ။ အကယ်၍ ဤဝန်ဆောင်မှုများအား သင် လိုအပ်ခဲ့လျှင် 1-855-923-4633 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

အကယ်၍ သင့်အနေနှင့် HBE သို့မဟုတ် HCA သည် သင့်အတွက် ဤဝန်ဆောင်မှုများကို ထောက်ပံ့ပေးရန် ပျက်ကွက်ခဲ့သည် သို့မဟုတ် သင့်အပေါ် တစ်နည်းနည်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုသည်ဟု သင် ယုံကြည်လျှင် အောက်ဖော်ပြပါ မကျေနပ်တိုင်ကြားချက် တစ်စောင် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ -

- Washington Health Benefit Exchange Legal Department
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal
Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
ဖက်စ် - 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- Health Care Authority Division of Legal Services
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
ဖက်စ် - 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

မကျေနပ်တိုင်ကြားချက်အား လူကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် စာတိုက်ပုံး၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ သင် တိုင်ကြားလျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ မကျေနပ်ချက် တိုင်ကြားလျှောက်ထားရန် အတွက် သင် အကူအညီ လိုအပ်လျှင် Washington Health Benefit Exchange ၏ ဥပဒေရေးရာဌာန သို့မဟုတ် HCA ၏ ဥပဒေရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲသည် သင့်အား အကူအညီပေးရန် အသင့်ရှိနေပါသည်။

သင့်အနေနှင့် အရပ်သား အခွင့်အရေးနှင့်သက်ဆိုင်သော တိုင်ကြားချက်တစ်စောင်အား U.S. ကျန်းမာရေးနှင့် လူသား ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာဌာန၊ အရပ်သား အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ရုံးခံထံ အောက်ဖော်ပြပါသို့ စာတိုက်၊ အီးမေးလ်၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းမှတစ်ဆင့်လည်း တိုင်ကြားလျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ -

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
ဖုန်း - 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
အီးမေးလ် - ocrmail@hhs.gov
အွန်လိုင်း - ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

တိုင်ကြားချက် လျှောက်လွှာဖော်များအား hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ

အကယ်၍ သင့်တွင် ရှိလျှင် လူမှုမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းအား သင် ထောက်ပံ့ပေးရမည် ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင့်တွင် SSN သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများ မရှိသည့်တိုင် သင်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားနိုင်ဆဲဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း ငွေကြေး ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုနှင့်ပတ်သက်သော အစီအစဉ်များ အားလုံးအတွက်မူ အရည်အချင်း ပြည့်မီချင်မှ ပြည့်မီပေမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား အသုံးပြုကာ သင်၏ အထောက်အထား၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေ၊ မွေးနေ့၊ ထို့ပြင် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုများအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှု အစရှိသည်တို့ကို အတည်ပြုခြင်းအားဖြင့် အစီအစဉ်များအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား မည်သည့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အေဂျင်စီထံသို့မျှ မျှဝေပေးပို့မည် မဟုတ်ပါ။ အချို့သော အခွန် ခရစ်ဒစ်များ နှင့် ပရိုဂရမ်အစီအစဉ်များတို့အတွက် SSN အား လိုအပ်ပါသည်။

အကယ်၍ သင်သည် သင်ကိုယ်တိုင်အတွက်သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ တစ်စုံတစ်ဦးအတွက်သော်လည်းကောင်း SSN သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်း နံပါတ်အား ထောက်ပံ့ပေးခြင်း မရှိလျှင် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များ ရရှိရန်အတွက် ငှာ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ထံ နောက်ဆက်တွဲ ဆက်သွယ်မေးမြန်းမှုပြုလုပ်ဖို့ လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်ပေမည်။ သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် အကယ်၍ အေဂျင်စီမှ တောင်းဆိုလာခဲ့လျှင် လိုအပ်သော အချက်အလက် သို့မဟုတ် အထောက်အထား မှန်သမျှအား ထောက်ပံ့ပေးပါ။

သင် သိရှိထားသင့်သည့်အရာများ

Washington Healthplanfinder ၏ စီမံလည်ပတ်မှု နှင့် ပြည်နယ်မှစီမံအုပ်ချုပ်သော လျှောက်လွှာစနစ်များ၊ ၎င်းတို့အား အသုံးပြုသူတစ်ဦး ဖြစ်သည်နှင့်အညီ သင် ရပိုင်ခွင့်ရှိသော အခွင့်အရေးများ နှင့် သင်၏ တာဝန် ဝတ္တရားများ၊ ထို့ပြင် ၎င်းတို့အား အသုံးပြုရာမှ သင် ရရှိသော အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု အစရှိသည်တို့အပေါ် အစိုးရသည် အချို့သော ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများ ရှိပါသည်။ ဤစနစ်များအား အသုံးပြုခြင်း အားဖြင့်၊ ထို့ပြင် ရလဒ်အနေနှင့် ဤအာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုများအား သင် လက်ခံရယူခြင်းအားဖြင့် သင်သည် ၎င်းတို့အား အသုံးပြုသူနှင့်သက်ဆိုင်သည့် ဥပဒေများကို လိုက်နာရန် သဘောတူခြင်း ဖြစ်သည်။

1973 နိုင်ငံတော် မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှုဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေအရ ပြည်နယ်များ အားလုံးသည် ၎င်းတို့၏ အများပြည်သူလူထု ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ရေးဆိုင်ရာ ရုံးခန်းများမှတစ်ဆင့် မဲပေးသူ စာရင်းပေးမှုတွင် ကူညီမှုများ ထောက်ပံ့ပေးဖို့ လိုအပ်ပါသည်။ မဲပေးဖို့ စာရင်းသွင်းရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းဖို့ ငြင်းဆန်ခြင်း အစရှိသည်တို့သည် အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ အေဂျင်စီများမှတစ်ဆင့် ထောက်ပံ့ပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ အစရှိသည်တို့အတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။ သင့်အနေနှင့် vote.wa.gov တွင် မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းအားဖြင့် မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု လျှောက်လွှာဖော်များအား မှာကြားနိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေး အာမခံ ရွှေ့ပြောင်းသယ်ဆောင်နိုင်မှုနှင့် တာဝန်ယူမှုဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ (HIPAA) ကန့်သတ်ချက်များအရ HBE ၊ HCA နှင့် DSHS တို့သည် သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ မိသားစုဝင်တစ်ဦးနှင့်ပတ်သက်သော ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် အပါအဝင် မည်သူတစ်ဦးတစ်ယောက်နှင့်မျှနှင့်မဆို ဆွေးနွေးပြောဆိုခြင်း မပြုနိုင်ပေ။ သို့သော် အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်ထံ၌ အကျိုးဆောင်ရွက်နေ အခွင့်အာဏာ ရှိနေခဲ့လျှင်မူ သို့မဟုတ် သင်သည် ဤအချက်အလက်များအား ဖွင့်ဟမှုပြုလုပ်ရန် ခွင့်ပြုသည့် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် လျှောက်လွှာဖော်များ လက်မှတ်ရေးထိုးထားလျှင်မူ ၎င်းတို့အနေနှင့် သင် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအား ပြောဆိုဆွေးနွေးခွင့် ရှိပေမည်။ ဤတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ HIV ၊ AIDS ၊ STD စစ်ဆေးမှုရလဒ်များ သို့မဟုတ် ကုသမှုနှင့် စာတုဆေးဖိခိုခိုလန်းမှုနှင့်သက်ဆိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ အစရှိသည်တို့အကြောင်း ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်မှုများ ပါဝင်ပေသည်။ HBE ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှု မူဝါဒနှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များ သိရှိလိုပါက wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

ငွေကြေးတစ်စွမ်းနိုင်သော ကုသစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေအရ HBE ၊ HCA နှင့် DSHS တို့သည် သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦးနှင့်ပတ်သက်၍ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ဖော်ထုတ်သိရှိစေနိုင်သည့် အချက်အလက်များ (PII) ကို သင်၏ ခွင့်ပြုချက်မပါရှိဘဲ၊ ထို့ပြင် ခွင့်ပြုချက်မရှိသည့် မည်သူတစ်ဦးတစ်ယောက်ထံသို့မျှ မျှဝေနိုင်ခွင့် မရှိပေ။

HBE | HCA နှင့် DSHS တို့ထံသို့ သင် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များအား ဖယ်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ် တာဝန်ရှိသူများတို့မှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင် လွှဲပြောင်းခြင်းနှင့်ပတ်သက်၍ သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ဘာလုပ်ပြုစစ်ဆေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ ဤသို့စစ်ဆေးအတည်ပြုရာတွင် အရည်အချင်းပြည့်မီပြီးနောက်ပိုင်း အေဂျင်စီဝန်ထမ်းများမှ ပြန်လည်ကြည့်ရှုစစ်ဆေးခြင်းများ နှင့် နောက်ဆက်တွဲ မေးမြန်းဆောင်ရွက်မှုများတို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ သင်သည် Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ စတင် လျှောက်ထားခဲ့ပြီး၊ အကြောင်းတစ်စုံတစ်ရာကြောင့် ဟု လျှောက်လွှာအား အပြီးမသတ်ရသေးလျှင် သင့် အချက်အလက်များအား Washington Healthplanfinder အတွင်း သို့လောင်သိမ်းဆည်းထားမည် ဖြစ်ပြီး၊ ရက် 90 အတွင်း သင် ဝင်ရောက်ရယူနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ ရက် 90 ကာလ ကျော်လွန်ပြီးသည့် တိုင် လျှောက်လွှာအား သင် အပြီးသတ်ဆောင်ရွက်ရခြင်း မရှိသေးလျှင် သင်၏ အချက်အလက်များအား Washington Healthplanfinder စနစ်အတွင်းမှ ဖျက်ပစ်မည် ဖြစ်သည်။

HBE | HCA နှင့် DSHS တို့သည် သင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်အား စီစဉ်အုပ်ချုပ်ဆောင်ရွက်ပေးရန်အတွက် တာဝန်မရှိပေ။ သင့် အကျိုးခံစားခွင့်နှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအား သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်သူမှ သင့်အတွက် ထောက်ပံ့ပေးနိုင်ပါသည်။

မည်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း၊ သင့် အစီအစဉ်လက်အောက်ရှိ အိတ်ကပ်တွင်းမှ တိုက်ရိုက်ပေးချေရသော စရိတ်များ၊ ထို့ပြင် အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုမှု ပြုလုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့် ငြင်းဆန်ခံရမှုနှင့်ပတ်သက်၍ အယူခံဝင်ခြင်း အစရှိသည်တို့အပါအဝင် သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်၏ စည်းမျဉ်းသတ်မှတ်ချက်များနှင့်ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးခွန်းများ ရှိလျှင် သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်သူထံ ဆက်သွယ်သင့်ပေသည်။ အကယ်၍ သင်သည် Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် ဝယ်ယူခဲ့သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံတစ်ခုခု ဖျက်သိမ်းပြီးသည့်နောက် COBRA အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါလျှင် ၎င်း COBRA အား စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးရန်၊ COBRA နှင့်ပတ်သက်၍၊ ထို့ပြင် ရွေးချယ်မှုကာလများနှင့်ပတ်သက်၍ လိုအပ်သော အကြောင်းကြားချက်များ သင့်ထံ ထောက်ပံ့ပေးရန် အစရှိသည်တို့သည် သင့်အလုပ်ရှင်၏ တာဝန် ဖြစ်ပေသည်။

သင် ရွေးချယ်ထားသော အာမခံသယ်ဆောင်သူထံမှ ထောက်ခံစာနှင့်အတူ အာမခံစာချုပ် သို့မဟုတ် အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ဟူ၍ လူအများသိရှိထားကြသည့် အာမခံမူဝါဒတို့အား သင် လက်ခံမရရှိ သေးမချင်း သင်၏ လက်ရှိ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား ဖျက်သိမ်းခြင်း သို့မဟုတ် COBRA အကျိုးခံစားခွင့်တစ်ခုခုအား ငြင်းဆန်ခြင်း အစရှိသည်တို့ကို မပြုလုပ်ပါနှင့်။ မူဝါဒ သတ်မှတ်ချက်များအား သင် ခေချာသိရှိနားလည်အောင် ဆောင်ရွက်ပြီးမှ သဘောတူလက်ခံပါ။ ထို့ပြင် သက်ရောက်မှုစတင်သော ရက်စွဲ၊ စောင့်ဆိုင်းကာလများ၊ ပရီမီယံကြေးပမာဏ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ကန့်သတ်ချက်များ၊ အထူး ခြွင်းချက်များ နှင့် စီးနင်းမခံနိုင်သူများ အစရှိသည်တို့ကို အထူးဂရုပြု ကြည့်ရှုပါ။

2. Washington Apple Health တစ်ခုတည်းနှင့်သက်ဆိုင်သော အကြောင်းအရာ

သင်၏ ရပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများ

Washington Health Benefit Exchange (Washington ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု) နှင့် Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် အောက်ပါတို့ကို ဆောင်ရွက်ပေးရ မည်ဖြစ်သည် -

အကယ်၍ သင် မေးမြန်းလာခဲ့လျှင် **သင်၏ ရပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်း ရှင်းလင်းပြောပြပေးခြင်း။**

အနည်းဆုံးအနေနှင့် သင်၏အမည်၊ လိပ်စာ နှင့် လက်မှတ်၊ သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူ၏ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ဖြစ်သူ၏ လက်မှတ်တို့ ပါဝင်သော **တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာအား သင့်ကို တင်သွင်းခွင့်ပြုပေးမည်။** အဆိုပါတစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာအား ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသော ရက်စွဲသည် သင်၏ လျှောက်လွှာရက်စွဲ ဖြစ်ပြီး၊ ၎င်းသည် သင်၏ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု စတင်သက်ရောက် မှုရှိမည့် အချိန်အပေါ် သက်ရောက်မှုရှိကောင်း ရှိနိုင်ပါသည်။ သင်၏ လျှောက်လွှာအား သင် အပြီးသတ်ဆောင်ရွက်မှု မပြုလုပ်ရသေးမချင်း သင်၏ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အဆုံးသတ် ဆုံးဖြတ်ချက်အား ကျွန်ုပ်တို့ ချမှတ်လိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

WAC 182-503-0005 အောက်တွင် စာရင်းပြု ဖော်ပြထားသော နည်းလမ်းတစ်ခုခုအား အသုံးပြု၍ **တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာအား လျှောက်ထား သို့မဟုတ် တင်သွင်းခွင့်ပေးခြင်း။**

သင့်လျှောက်လွှာအား ချက်ချင်း ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း။ ထို့ပြင် WAC 182-503-0060 လက်အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် အချိန်မျဉ်းလိုင်းများထက် ပို၍ နောက်ကျခြင်း မရှိပေ။

အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန် **သင့်အတွက် ပြက္ခဒိန်ရက် 10 ရက် ခွင့်ပြုပေးထားခြင်း။** အကယ်၍ သင့်အနေနှင့် အချိန်ပိုမိုလိုအပ်ကြောင်း တောင်းဆိုလာခဲ့လျှင် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ အချိန်ပို မို ပေးအပ်ပေးမည် ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင်မှ ကျွန်ုပ်တို့ထံ အချက်အလက်များ ပေးအပ်ခြင်း မရှိလျှင် သို့မဟုတ် အချိန်ပိုပေးဖို့ တောင်းဆိုလာခဲ့လျှင် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ သင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား ငြင်းဆန်၊ ပိတ်သိမ်း သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲနိုင်ပေသည်။

သင် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန်အတွက် ငါ့အပ်သော အချက်အလက် သို့မဟုတ် သက်သေအထောက်အထား **တစ်စုံတစ်ရာအား ရယူရန် ဟု သင့်တွင် အခက်အခဲရှိလျှင် သင့်အား အကူအညီပေးခြင်း။** ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သော အထောက်အထားစာရွက်စာတမ်းအတွက် သင် ငွေကုန်ကြေးကျပေးချေရမည်ဆိုလျှင် ကျွန်ုပ်တို့အနေနှင့် ၎င်းအတွက် ပေးပို့ပေးမည်ဖြစ်ပြီး၊ စရိတ်အား ပေးချေ ပေးမည် ဖြစ်သည်။

သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား ကျွန်ုပ်တို့ ရပ်စဲပစ်ခြင်းမပြုမီ **အမှုကိစ္စအများစုအတွက်မူ အနည်းဆုံး 10 ရက်အတွင်း သင့်ထံ အသိပေးအကြောင်းကြားပေးခြင်း။**

အမှုကိစ္စအများစုတွင် ရက်ပေါင်း 45 ရက်အတွင်း အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့်ပတ်သက်၍ ရေးသားထားသော ဆုံးဖြတ်ချက် တစ်စောင်အား သင့်ထံ ထောက်ပံ့ပေးအပ်ခြင်း။ အချို့သော မသန်စွမ်းမှု အမှုအချို့ အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုသည် ရက်ပေါင်း 60 အထိ ကြာမြင့်နိုင်ပါသည်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်နှင့်ပတ်သက်သော ရေးသား ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုခုကို ရက်ပေါင်း 15 ရက် အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်ပါသည်။

သင့်အမှုအား ကျွန်ုပ်တို့ စာရင်းစစ်ချိန်နှင့် စုံစမ်းစစ်ဆေးသူထံ **ပြောကြားဖြေဆိုခြင်း မပြုရန် သင်၏ ငြင်းပယ်ပိုင်ခွင့်ကို ခွင့်ပြုပေးခြင်း။** သင့်နေအိမ်အတွင်းသို့ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူအား ကျိန်းသေပေါက် ဝင်ရောက် ခွင့်ပြုဖို့ မလိုအပ်ပေ။ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူအား နောက်တစ်ခေါက်မှ လာရောက်ရန် သင် တောင်းဆိုနိုင်ပေမည်။ အဆိုပါသော တောင်းဆိုမှုသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု အတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

WAC 182-504-0125 အရ အခြားသော ပရီမီယံအစီအစဉ်အတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း ရှိမရှိ ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်လျက်ရှိစဉ် **Washington Apple Health အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား ဆက်လက် ထောက်ပံ့ပေးထားခြင်း။**

WAC 182-503-0120 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အညီ အကယ်၍ သင် အရည်အချင်းပြည့်မီခဲ့လျှင် **သင့်အား တန်းတူညီမျှစွာ ဝင်ရောက်ရယူခွင့် ဝန်ဆောင်မှုများအား ပေးအပ်ခြင်း။**

သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ

သင့်အနေနှင့် အောက်ပါတို့ကို ဆောင်ရွက်ပေးရမည် ဖြစ်သည် -

WAC 182-504-0105 နှင့် WAC 182-504-0110 တို့တွင် ဖော်ပြထားသည့်နှင့်အညီ အပြောင်းအလဲ တစ်စုံတစ်ရာရှိခဲ့လျှင် ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း **အပြောင်းအလဲများအား အစီရင်ခံတင်ပြမှု ပြုလုပ်ရန်။** သင် အစီရင်ခံတင်ပြရမည်ဖြစ်သော အပြောင်းအလဲများအား ကြည့်ရှုရန်မှာ သင်၏ ထောက်ခံခွင့်ပြုစာအား ဖတ်ရှုပေးပါ။

တောင်းဆိုလာချိန်၌ **သက်တမ်းတိုးမှုများအား ဆောင်ရွက်ပေးရန်။**

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ထံ ငွေတောင်းခံလွှာပေးပို့နိုင်ရန်မှာ လိုအပ်သော **အချက်အလက်များအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့သူများထံသို့ ပေးအပ်ရန်။**

အကယ်၍ သင့်တွင် ရပိုင်ခွင့်ရှိလျှင် **Medicare အား လျှောက်ထားရန်။**

တောင်းဆိုလာချိန်တွင် **HCA ဝန်ထမ်းနှင့်အတူ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ပေးရန်။**

သင် သိရှိထားသင့်သည့်အရာများ

Apple Health အား တောင်းဆို လက်ခံရယူခြင်းအားဖြင့် သင်သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု မှန်သမျှနှင့် သက်ဆိုင်သော အခွင့်အရေးများ အားလုံးအား Washington ပြည်နယ်ထံ ပေးအပ်ခြင်း ဖြစ်ပြီး၊

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တတိယပါတီအဖွဲ့တစ်ဖွဲ့ထံ ပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်စေရန် ဖြစ်သည်။

- သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးရယူမှု မှတ်တမ်းအား ကလေးပရီဖိုင်း ကာကွယ်ဆေးဆိုင်ရာ ခြေရာခံစစ်ဆေးမှုစနစ်ထံသို့ **အေဂျင်စီမှ မျှဝေပေးအပ်ကောင်း ပေးအပ်သွားပေမည်။**
- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု၊ ငွေသား ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု၊ အစားအစာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု နှင့် ကလေးစောင့်ရှောက်မှုစရိတ်များ အစရှိသည်တို့ကဲ့သော အစီအစဉ်များ အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု နှင့် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့်များအား သတ်မှတ်ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်မှာ **သင် အစီရင်ခံတင်ပြသော အချက်အလက်များအား** DSHS သို့ ပေးအပ်ကောင်း ပေးအပ်သွားမည် ဖြစ်သည်။

ဥပဒေအရ Washington ပြည်နယ်သည် အချို့အမျိုးအစားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ၎င်း ပေးချေကျခံထားသော ကုန်ကျစရိတ်များအား Estate Recovery (အိမ်ခြံမြေ ပြန်လည်ဖော်

ဆောင်ရယူမှု) မှတစ်ဆင့် သင့်အိမ်ခြံမြေ ပိုင်ဆိုင်မှုအတွင်းမှ ပြန်လည်ရယူကောင်း ရယူနိုင်ပါသည်။ (RCW 41.05A.090 ၊ RCW 43.20B.080 နှင့် အခန်း 182-527 WAC)။ ဤသို့ အိမ်ခြံမြေ ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူမှု

အား သင် သေဆုံးပြီးသွားမှသာလျှင်၊ သင်၏ ကျန်ရှိနေသေးသော အိမ်ထောင်ဖက်ဖြစ်သူ သေဆုံးပြီးနောက်မှသာလျှင်၊ ထို့ပြင် သင်၏ ကျန်ရှိနေသေးသော သားသမီးများ အသက် 21 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် ကျော်

လွန်သွားပြီးသည့်နောက်မှသာလျှင် ဆောင်ရွက်နိုင်ပေမည်။ အကယ်၍ သင် သေဆုံးချိန်၌ သင်၏ ကျန်ရှိနေသော သားသမီးသည် မျက်မမြင်/မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်နေခဲ့လျှင်လည်း ၎င်းအား ဆောင်ရွက်နိုင်အုံးမည်

မဟုတ်ပေ။ ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူနိုင်သော ကုန်ကျစရိတ်များအတွင်း ပါဝင်သည်များမှာ -

- ဝန်ဆောင်မှုများအား သင် လက်ခံရရှိချိန်၌ သင်သည် အသက် 55 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် ဖြစ်လျှင် အချို့သော Washington Apple Health ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုများ။
- ဝန်ဆောင်မှုများအား သင် လက်ခံရရှိချိန်၌ သင်၏ အသက်အရွယ်သည် မည်သို့ပင်ဖြစ်ပါစေ ပြည်နယ်မှသာလျှင် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သည့် အချို့သော ဝန်ဆောင်မှုများ။

စရိတ် ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူမှုနှင့်သက်ဆိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ စာရင်းအား WAC 182-527-2746 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေတွေ့ရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ စရိတ်ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူမှုအတွင်း မပါဝင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှုများ စာရင်းကိုမူ WAC 182-527-2754 ၌ တွေ့ရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ပြည်နယ်အနေနှင့် 42 U.S. ကုဒ် 1396p ၏ သတ်မှတ်ချက်များအရ သေဆုံးပြီးနောက် ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူမှုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ မသေဆုံးခင် ပိုင်ဆိုင်ရယူခွင့်တစ်ခုအားလည်း လျှောက်ထားကောင်း လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ မျိုးနွယ်စုပိုင် မြေများ နှင့် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းများ နှင့် အလက်စကာ ဒေသခံများ ပိုင်ဆိုင်သည့် အချို့သော ပိုင်ဆိုင်မှုများမှာမူ ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူခွင့်မှ ကင်းလွတ်ခွင့် ရရှိကောင်း ရရှိပေမည် (WAC 182-527-2754)။ ပြည်နယ်အနေနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု သို့မဟုတ် သင်၏ အိမ်ခြံမြေအား ရောင်းချခြင်းမှတစ်ဆင့် စရိတ်ငွေအား ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူကောင်း ရယူပေမည်၊ သို့သော် အောက်ဖော်ပြပါအခြေအနေများမှလွဲ၍ ဖြစ်သည် -

- သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်သည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်လျက်ရှိသည်၊
- သင်၏ မွေးချင်းမောင်နှမသည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်လျက်ရှိပြီး၊ ၎င်းသည် ပူးတွဲပိုင်ဆိုင်သူဖြစ်ကာ အချို့သော သတ်မှတ်ချက်များဖြင့် ပြည့်မီကုန်သည်မရှိပါသည်။
- သင်၏ ကလေးသည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်လျက်ရှိပြီး၊ ၎င်းသည် မျက်မမြင်/မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်သည်၊ သို့မဟုတ်
- သင်၏ကလေးသည် ပိုင်ဆိုင်မှုပေါ်တွင် နေထိုင်လျက် ရှိပြီး၊ ၎င်းသည် အသက် 21 နှစ်အောက် ဖြစ်လျှင်

မသေဆုံးခင် ပိုင်ဆိုင်ရယူခွင့်လက်အောက်ရှိ စရိတ် ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ စာရင်းအား WAC 182-527-2734 ၌ သင် ရှာဖွေတွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ သင်သည် ထောက်ပံ့သူများထံမှ မလိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအား ရယူဖို့ ဆောင်ရွက်ခဲ့လျှင် သင့်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူတစ်ဦးထံသို့သာ၊

ဆေးဆိုင် တစ်ခုကိုသာ ထို့ပြင်/သို့မဟုတ် ဆေးရုံတစ်ခုသို့သာ သွားရောက်၊ ရယူအသုံးပြုရန် ကန့်သတ်ထားကောင်း ကန့်သတ်ထားပေမည်။

3. အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များနှင့်သာသက်ဆိုင်သော အကြောင်းအရာ

သင် သိရှိထားသင့်သည့်အရာများ

အကယ်၍ သင်သည် Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းပြီး၊ သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား အတည်ပြုရန်သာ လိုလောက်သော အချက်အလက်များအား ထောက်ပံ့ပေးခဲ့ခြင်း မရှိပါလျှင် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ကန့်သတ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီရန်သာ နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များကို ထောက်ပံ့ပေးဖို့အတွက် ရက်ပေါင်း 90 သင် အချိန်ရရှိမည် ဖြစ်သည်။ သင့်ကိုယ်စား ပေးချေထားသည့် အခွန်ခရစ်ဒစ် ကြိုတင်ပေးချေမှု မှန်သမျှအား ပြန်လည်ဖော်ဆောင်ရယူသွားမည် ဖြစ်သည်။

အကယ်၍ သင်တွင် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ရှိလျှင် သင့်လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ၎င်းအား ဖော်ပြပေးရမည် ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင်တွင် SSN မရှိသည့်တိုင် Washington Healthplanfinder ပေါ်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံအား သင် ဝယ်ယူနိုင်ဆဲ ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား အသုံးပြုကာ သင်၏ အထောက်အထား၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေ၊ မွေးနေ့၊ ထို့ပြင် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုများ ရရှိနိုင်မှု အစရှိသည်တို့ကို အတည်ပြုခြင်းအားဖြင့် အစီအစဉ်များအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား မည်သည့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အေဂျင်စီထံသို့မျှ မျှဝေပေးပို့မည် မဟုတ်ပါ။ အချို့သော အခွန် ခရစ်ဒစ်များ နှင့် ပရိုဂရမ်အစီအစဉ်များအတွက် SSN အား လိုအပ်ပါသည်။

အကယ်၍ သင်သည် သင်ကိုယ်တိုင်အတွက်သော်လည်းကောင်း၊ သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ တစ်စုံတစ်ဦးအတွက်သော်လည်းကောင်း လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်အား ထောက်ပံ့ပေးခြင်း မရှိလျှင် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များ ရရှိရန်အတွက်သာ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ထံ နောက်ဆက်တွဲ ဆက်သွယ်မေးမြန်းမှုပြုလုပ်ဖို့ လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်ပေမည်။

အကယ်၍ သင်သည် Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းခဲ့ပြီး၊ ထို့နောက်ပိုင်း ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲ ရှိခဲ့လျှင် သင့်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံ တတ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံး အသိပေးအကြောင်းကြားသင့်သည်။ ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲသည် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အခွန်ခရစ်ဒစ်များ သို့မဟုတ် စရိတ်မျှခံပေးသည့် လျော့ချပေးမှုများ အပေါ်အပြောင်းအလဲ ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။ သင်၏ ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲသွားပြီးနောက် သင်သည် ပိုမိုစရိတ်နည်းသော အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် သင့် ဝင်ငွေ တိုးသွားခဲ့ပြီး၊ သင်သည် ၎င်းအပြောင်းအလဲအား အစီရင်ခံတင်ပြခဲ့ခြင်း မရှိလျှင်မူ သင် လက်ခံရရှိသော အခွန်ခရစ်ဒစ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအား ပြန်လည်ပေးချေဖို့ လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

သင်၏ Washington Healthplanfinder အကောင့်ထဲသို့ ဝင်ရောက်၍ “Report a Change (အပြောင်းအလဲတစ်ခုအား အစီရင်ခံရန်)” အား ရွေးချယ်ခြင်းအားဖြင့် ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲအား သင် အစီရင်ခံတင်ပြနိုင်ပါသည်။ အကူအညီပေးမှုများ လိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ထံ ဖုန်းဖြင့် အကြောင်းကြားလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ သုံးစွဲသူပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုစင်တာထံ 1-855-923-4633 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

အခွန်ခရစ်ဒစ်များ ညှိနှိုင်းဖြေရှင်းရန် လိုအပ်သည် - သင့်အနေနှင့် သင် လက်ခံရရှိသော အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား IRS သို့ အစီရင်ခံရန် လိုအပ်ပေသည်။ မှန်ကန်သော IRS လျှောက်လွှာစာစောင်များ အပါအဝင် နှစ်စဉ် IRS အခွန်ပြန်တမ်းတစ်စောင်အား မြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် ဤသည်အား သင် ဆောင်ရွက်နိုင်ပေမည်။ အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား IRS သို့ အစီရင်ခံတင်ပြရန် ပျက်ကွက်ပါက အနာဂါတွင် သင် အခွန်ခရစ်ဒစ်များ လက်ခံရရှိခြင်း မရှိစေရန် IRS မှ ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်သည်။ နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအား သိရှိနိုင်ရန်အတွက် IRS လျှောက်လွှာစာစောင် 1095 နှင့် 8962 တို့နှင့်အတူ ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် ညွှန်ကြားချက်များအား ဖတ်ရှုပါ။

ပြသထားသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုန်ကျစရိတ်များသည် အပြောင်းအလဲရှိနိုင်သည် - ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်သူ၏ ချမှတ်ထားသော အလေ့အကျင့်များ နှင့် သင် ရရှိနိုင်သော ရွေးချယ်စရာ တစ်ခုခု အပေါ်အခြေခံကာ ကုန်ကျစရိတ်များ ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။

သင်၏ တောင်းဆိုထားသော သက်ရောက်မှုစတင်သည့် ရက်စွဲအတွက်သာလျှင် ပြသထားသည့် နှုန်းထားများ။ သင်၏ ပရီမီယံကြေး နှုန်းထားသည် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မိသားစုဝင်များ၏ အသက်အရွယ် အပေါ်မူတည်ပေသည်။ အကယ်၍ သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ မိသားစုဝင်တစ်ဦး၏ မွေးနေ့သည် အစီအစဉ်အား သင် ကြည့်ရှုစစ်ဆေးချိန် နှင့် သင့်အစီအစဉ် စတင်ချိန် (စတင်သက်ရောက်သော ရက်စွဲ)တို့ အကြား ရှိနေခဲ့လျှင် သင့် ပရီမီယံကြေး စရိတ်သည် တိုးလာနိုင်ပါသည်။ သင် ရွေးချယ်ထားသော အာမခံသယ်ဆောင်သူသည်လည်း အချိန်ကာလတစ်ခုခုနှင့်ပတ်သက်၍ အာမခံချက်များကို မပြုလုပ်နိုင်ပေ။ ငွေပေးချေမှုအား ၎င်း လက်ခံရရှိကြောင်း သင်၏ အာမခံအေဂျင်စီမှ အတည်မပြုသေးမချင်း သင်၏ အာမခံအကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုသည် သက်ဝင်မှုရှိအုံးမည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် သင်၏ လုပ်ငန် နှင့် အလုပ်ခန့်အပ်မှုစတင်သော ရက်စွဲ အချက်အလက်များအား HBE ထံသို့ ထုတ်ပြန်ပေးရန် Washington ပြည်နယ် အလုပ်အကိုင်လိုခြံရေးဆိုင်ရာဌာနထံ ထောက်ခံခွင့်ပြုသည်။ ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်အား ပေးအပ်ခြင်းအားဖြင့် Washington Healthplanfinder အတွင်းရှိ လျှောက်လွှာလုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ပြန်လည်သတ်မှတ်ဆုံးဖြတ်မှု လုပ်ငန်းစဉ်များအား အရိုးရှင်းဆုံးဖြစ်စေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေမည် ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှု မူဝါဒအတွင်း ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်းပင် သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များအား အကာအကွယ်ပေးထားပါသည်။ HBE ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှု မူဝါဒအား [wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html](https://www.wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html) တွင် ကြည့်ရှုပါ။

4. မကျေနပ်တိုင်ကြားချက် လျှောက်ထားခြင်း

ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေနှင့် U.S. ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာဌာန (HHS) မူဝါဒအရ ဤအဖွဲ့အစည်းသည် လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ ကျား၊မ လိင်ကွဲပြားမှု၊ အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု အစရှိသည်တို့အပေါ် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုခြင်းကို တားမြစ်ထားပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုနှင့်ပတ်သက်၍ တိုင်ကြားချက် လျှောက်ထားလိုပါက HHS ထံ ဆက်သွယ်ပါ။

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**
2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
ဖုန်း - 1-800-368-1019
TDD - 1-800-537-7697
ဖက်စ် - 206-615-2297

HHS ၊ အရပ်သား အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ရုံးခန်းသို့လည်း အရပ်သား အခွင့်အရေးနှင့်သက်ဆိုင်သော တိုင်ကြားချက်ကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የጽንፅ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ و هلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጉምትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሉ ናይ ጽንፅ ሓዘነ ግልጋሎት፣ በዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်လွှာ အပိုင်း 1

1 ပင်မ လျှောက်ထားသူ၏ အမည် နှင့် ဆက်သွယ်လိမ့်စာ အချက်အလက်များ

အမည်ပထမစာလုံး	M.I.	အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး နှင့် နောက်ဆက်များ
မွေးသက္ကရာဇ်(လ/ရက်/ခုနှစ်)	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)*	မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား
		အမျိုးသား
		အမျိုးသမီး

လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏လက်မှတ်

သင့်တွင် အိမ်လိပ်စာ ရှိပါသလား။ မရှိ ရှိ

အကယ်၍ မရှိလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မည်သည့်ကောင်တို့၌ သင် လက်ခံရယူလိုသနည်း။
စာပို့လိမ့်စာအား သင် ထောက်ခံပေးရန်လိုသေးသည်။

သင် နေထိုင်သောလိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စစ်ကုဒ်
စာပို့လိမ့်စာ (အကယ်၍ မတူညီလျှင်)	မြို့	ပြည်နယ်	စစ်ကုဒ်
အဓိက ဖုန်းနံပါတ်	ဒုတိယ ဖုန်းနံပါတ်	အီးမေးလ်လိပ်စာ	

Washington Healthplanfinder အနေနှင့် သင့်လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင့်ထံ ဆက်သွယ်ဖို့ လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်ပေမည်။ ထို့ပြင်/သို့မဟုတ် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအား တောင်းဆိုကောင်း တောင်းဆိုပေမည်။ သင့်အား မည်သို့ ဆက်သွယ်သည်ကို သင် ပိုမိုနှစ်သက်သနည်း။ ဖုန်း အီးမေးလ် USPS စာတိုက်

*လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ တွန်းအားပေးမှု ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အေဂျင်စီထံ ဤအချက်အလက်အား သတင်းပို့ခြင်း ပြုမည် မဟုတ်ပေ။ အကယ်၍ သင့်တွင် SSN မရှိလျှင် ဤကွက်လပ်အား ချန်ထားနိပါ။

2 ဘာသာစကား အချက်အလက်

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် စကားပြန်အား လိုအပ်ပါသလား။ ထို့ပြင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားမဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားဖြင့် စာရွက်စာတမ်းများအား လက်ခံရယူလိုပါသလား။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟု ဆိုပါက မည်သည့် ဘာသာစကား သို့မဟုတ် အခြားဖောမတ်ပုံစံအား သင် လိုအပ်သနည်း။ သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအားစာရင်းပြုပေးပါ -

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားသောဖောမတ်ပုံစံဖြင့် စာရွက်စာတမ်းအား လိုအပ်ပါသလား။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟု ဆိုပါက သင့်ထံသို့ မည်သည့် အခြားဖောမတ်ပုံစံအား ကျွန်ုပ်တို့ ပေးပို့ပေးသင့်သနည်း။

ပိုမိုကြီးမားသော ပုံနှိပ် အင်္ဂလိပ်စာ မျက်မမြင်စာ



အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

1. ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် (AREP) တစ်ဦးဆိုသည်မှာ အိမ်ထောင်စု အခြေအနေများအား လုံလောက်စွာ သတိပြုသိရှိထားပြီး၊ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အိမ်ထောင်စုကိုယ်စား ပြုမူပေးရန် အိမ်ထောင်စုမှ ခွင့်ပြုထားသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူ တစ်ဦးကို ဆိုလိုသည်။ ဤသည်မှာ လမ်းညွှန်သူ သို့မဟုတ် ဖွဲ့စည်းတစ်ဦးနှင့် တွဲဖက်လုပ်ကိုင်ခြင်းဖြင့် ခြားနားသည်။
 2. အကယ်၍ လျှောက်ထားသူတစ်ဦးသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေတစ်ခုကြောင့် AREP တစ်ဦးအား တာဝန်ခန့်အပ်ရန် မတတ်စွမ်းနိုင်ပါလျှင် တစ်စုံတစ်ဦးသည် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် ခန့်အပ်တာဝန်ပေးမှု လျှောက်လွှာဖောင် (DSHS 14-532) အား dshs.wa.gov/authorized-rep-form တွင် ဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် AREP အဖြစ် မိမိကိုယ်ကို ခန့်အပ်ကောင်း ခန့်အပ်နိုင်ပေမည်။
 3. ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအား ခန့်အပ်ခြင်းဖြင့် သင်သည် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ထံသို့ အောက်ပါတို့အား ဆောင်ရွက်ရန် ခွင့်ပြုချက်ပေးလိုက် ခြင်းဖြစ်ပါသည်။
 - သင့်ကိုယ်စား လျှောက်လွှာအား လက်မှတ်ရေးထိုးရန်၊
 - သင့်လျှောက်လွှာနှင့် အကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်သော အသိပေးအကြောင်းကြားချက်များအား လက်ခံရယူရန်၊ နှင့်
 - လျှောက်လွှာနှင့် စာရင်းအကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်သော ကိစ္စရပ်များအားလုံးအတွက် သင့်ကိုယ်စား ပြုမူပေးရန်။
- a. သင့်အနေဖြင့် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအား ခန့်အပ်ပါမည်လား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
- b. သင်၏ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ကိုလည်း သင်၏ လျှောက်လွှာနှင့် စာရင်းအကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်သော အသိပေးအကြောင်းကြားချက်များကို သင် လက်ခံရယူစေလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်/အဖွဲ့အစည်း

ဇွန်းနံပါတ်

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ စာပို့လိပ်စာ

အီးမေးလ် လိပ်စာ

သင့်အနေနှင့် ဤဖော်ပြပါ ပုဂ္ဂိုလ်များအား သင်၏ လျှောက်လွှာအတွင်း ထည့်သွင်းပေးရမည် ဖြစ်သည် - သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် သင်၏ ကလေးများ၊ မိမိတို့ကလေးနှင့် အတူ နေအိမ်တွင်နေထိုင်သော မိဘများ အားလုံး၊ နှင့် အကယ်၍ သင် ဖယ်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းအား လျှောက်ထားလျှင် ၎င်းပေါ်၌ သင် တောင်းဆိုဖို့ မျှော်လင့်ထားသည့် မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်မဆို။ သင့်မိသားစုနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များအား မျှဝေရန်အတွက် စာမျက်နှာ 9 မှ 16 အထိအား အသုံးပြုပါ။

အကယ်၍ သင်သည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်တမ်းပေါ်၌ အခွန်မှီခိုသူတစ်ဦးအဖြစ် တောင်းဆိုဖို့ မျှော်လင့်ထားလျှင် သင်၊ ထိုပြင် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် မိသားစုဝင်မှန်သမျှအား တောင်းဆိုထားသော အခွန်လျှောက်ထားသည့် အိမ်ထောင်စုဝင် အားလုံးအား ထည့်သွင်းပေးရမည် ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားဖို့ သင် အခွန်များ လျှောက်ထားရန် မလိုအပ်ပေ။

အမည်ပထမစာလုံး

M.I.

အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

ကိုယ်တိုင်

သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ -

(အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ခံပေးမည်/မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်)

နိုင်ငံသားဖြစ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား

U.S. တွင် တရားဝင် နေထိုင်သော နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ

အခြားသော

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ-

လူပင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား -

"A" နံပါတ် -

ပြေစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသော နံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် -

ထုတ်ပေးသော နိုင်ငံ -

ပင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

တစ်ဦးတည်း အခွန်များအား လျှောက်ထားခြင်း

လျှောက်လွှာပေါ်မှ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အိမ်ထောင်ဦးစ

လျှောက်လွှာပေါ်တွင် မပါဝင်သော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်သည့် မှီခိုသူကလေးရှိသူ မှုဆိုးမ(ဖို)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ

အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန်လျှောက်ထားခြင်း

အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -

ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် - _____

အထက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကိုသို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြုပေးပါ -

(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လာမည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ

ဖလစ်ပိုင်နို

လာအို

ဗီယက်နမ်

အာရှ အိန္ဒိယ

ဥာမေးနီးယန်း

အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား

လူဖြူ

လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်

ဟာဝေးယံ

အခြား လူမျိုး

ကမ္ဘောဒီးယား

ဂျပန်

စမိုအာ

တရုတ်

ကိုရီးယား

ထိုင်း

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျူးသား

မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာနို

စပန်းနစ်ရှိ/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်သူ

အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟစ်စပန်းနစ်

ပရူတိုရီကန်

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစာရင်းကောက်ယူချက်များ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

အမည်ပထမစာလုံး

M.I.

အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား

အမျိုးသား

အမျိုးသမီး

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ အိမ်တွင်းပါတနာ၊ ပါတနာ)

(အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည်၊မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသားဖြစ်မှု အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား

U.S. တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ

အခြားသော

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ -

လူပင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား -

"A" နံပါတ် -

ပြေစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် -

ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ပင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း

လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အိမ်ထောင်ဦးစ

လျှောက်လွှာပေါ် မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးနှင့်အတူ မှဆိုးမ(ဖို)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ

အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -

အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -

ပင်မ အခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် -

အထက်တွင် စာရင်းပြုစုထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကဲ့သို့ပင် ငြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ငြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြုပေးပါ -

(ဤခမ္ဘာလုံးသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လာမည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်

အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသား ပြုပေးပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	ဖလစ်ပီနို	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဗွာမေးနီးယန်း	အခြားသော အာရှ ပဓိစိတ် ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေးယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်	
တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း	

သင်သည် စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား	မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို	စပန်းနစ်ရှပ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်ရှပ်/ဟစ်စပန်းနစ်	ပရူတိုရီကန်	

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

8

ကလေးများ/ အခွန်ရှိသူများ/ အခြားသော အိမ်ထောင်စု မိသားစုဝင်များအား စာရင်းပြုပေးပါ #1

အမည်ပထမစာလုံး	M.I.	အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး	မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)
---------------	------	---------------------	-----------------------------

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မွေးချိန်၌ စာရင်းသွင်းထားသော လိင်အမျိုးအစား အမျိုးသား အမျိုးသမီး

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - သားသမီး၊ မြေး၊ တူမ၊ တူ၊ မွေးချင်း)

(အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည်မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသားဖြစ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား U.S. တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြားသော

လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ -

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား - "A" နံပါတ် - ပြေစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် - ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ဝင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်) စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသည့် အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်စု ရွေးချယ်ပါ)

တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း	လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
အိမ်ထောင်ဦးစ	လျှောက်လွှာပေါ်တွင်မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးငယ်ရှိသည့် မှုဆိုးမ(ဖို)	၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ
]အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန် လျှောက်ထားခြင်း	
]အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -	
ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် - _____	

အထက်တွင် စာရင်းပြုစုထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကဲ့သို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအား စာရင်းပြုစုပေးပါ - **(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)**

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လမည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	ဖလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဗွာမေးနီးယန်း	အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေးယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စမိုအာ	
တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း	

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား	မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို	စပန်းနစ်ရှိ/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟစ်စပန်းနစ်	ပရူတိုရီကန်	

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း- ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အမည်ပထမစာလုံး _____ M.I. _____ အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး _____ မွေးသက္ကရာဇ်(လ/ရက်/ခုနှစ်) _____

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား _____ အမျိုးသား _____ အမျိုးသမီး _____

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - သားသမီး၊ မြေး၊ တူမ၊ တူမေးချင်း)

(အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည်(မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသားဖြစ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်အမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား

U.S. တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ

အခြားသော

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ -

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား -

"A" နံပါတ် -

ပြေစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် -

ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ဝင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း

လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အိမ်ထောင်ဦးစ

လျှောက်လွှာပေါ်တွင် မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးငယ်ရှိသည့် မုဆိုးမ(ဖို)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ

အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန်လျှောက်ထားခြင်း

အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -

ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် - _____

အထက်တွင် စာရင်းပြဖော်ပြထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကဲ့သို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြပေးပါ -

(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လမည့်နှစ်၌ တူညီသော

အခွန်အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သူများ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	ဖလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဥာမေးနီးယန်း	အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေးယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်	
တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း	

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား	မ	မကတိတ်/မကတိတ် အမေရိကန်/ချီကာနို	စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ်	ပရတိုရီကန်		

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

10

ကလေးများ / အရွယ်ရောက်သူများ/အခြားသော အိမ်ထောင်စုဝင်များအား စာရင်းပြုပေးပါ #3

အမည်ပထမစာလုံး	M.I.	အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး	မွေးသက္ကရာဇ်(လ/ရက်/ခုနှစ်)
---------------	------	---------------------	----------------------------

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား အမျိုးသား အမျိုးသမီး

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - သားသမီး၊ မြေး၊ တူမ၊ တူ မွေးချင်း)

(အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည့်မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်)
 နိုင်ငံသားဖြစ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား	U.S. တွင် တရားဝင် နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ	အခြားသော
--	---	----------

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN):

အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား -	"A" နံပါတ် -	ပြောစာ နံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -
နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် -	ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -	
ဝင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)	စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)	

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်စုအား ရွေးချယ်ပါ)

- တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အိမ်ထောင်ဦးစီး လျှောက်လွှာပေါ်တွင် မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးငယ်ရှိသည့် မုဆိုးမ(ရ်) ၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ
- အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန်လျှောက်ထားခြင်း
- အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန်လျှောက်ထားခြင်း -
- ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည်- _____

အထက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကဲ့သို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြုပေးပါ - **(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)**

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လမည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန် အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

- | | | | |
|--|--------------|---------------------------------|----------|
| အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ | ဗလစ်ပီနို | လာအို | ဗီယက်နမ် |
| အာရှ အိန္ဒိယ | ဥာမေးနီးယန်း | အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား | လူဖြူ |
| လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် | ဟာဝေးယံ | အခြား လူမျိုး | |
| ကမ္ဘောဒီးယား | ဂျပန် | စမိုအာ | |
| တရုတ် | ကိုရီးယား | ထိုင်း | |

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်ရှိ/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြားသော စပန်းနစ်ရှိ/ဟစ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အိမ်ထောင်စုဝင်များ ပိုမို ထည့်သွင်းရန် တစ်ဦးစီအတွက် တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များပါဝင်သည့် စာရွက်တစ်ရွက်အား ပူးတွဲပေးပါ။

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း နှင့် အလက်စကာ ဒေသခံဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း နှင့် အလက်စကာ ဒေသခံများသည် အထူး Apple Health အကာအကွယ်များ၊ နှင့် Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် အထူး အကျိုးခံစားခွင့်များ တို့အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီပေမည်။ အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ မျိုးဆက်ဖြစ်သည့် သင် လျှောက်ထားပေးသော အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးစီအတွက် အောက်ပါဇယားကွက်အား ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

မျိုးနွယ် အမည်

ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့ ၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ဝင်၊

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

မျိုးနွယ် အမည်

ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့ ၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ဝင်၊

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

မျိုးနွယ် အမည်

ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့ ၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ဝင်၊

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

မျိုးနွယ် အမည်

ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့ ၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ဝင်၊

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

နေထိုင်မှု

Washington နေထိုင်သူဆိုသည်မှာ Washington တွင် လက်ရှိ အခြေချနေထိုင်သည်။ သို့မဟုတ် Washington တွင် အခြေချနေထိုင်ရန် ရည်ရွယ်သည့် တစ်စုံတစ်ဦးကို ဆိုလိုခြင်း ဖြစ်ပြီး၊ ဤတွင် ပုံသေလိပ်စာ မရှိသူများ၊ သို့မဟုတ် အလုပ်ကတိပြုချက်တစ်ခုဖြင့် ပြည်နယ်ထဲသို့ ဝင်ရောက်သော သို့မဟုတ် အလုပ်ရှာဖွေလျက်ရှိသောသူများလည်း အပါအဝင် ဖြစ်သည်။

တစ်စုံတစ်ဦးသည် Washington ပြည်နယ်နေထိုင်သူ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။

ဟင်အင်း ဟုတ်

အကယ်၍ မလျှောက်ထားလျှင် နေထိုင်သူမဟုတ်သည့် မည်သူမဆိုအားစာရင်းပြုပေးပါ -

ဆေးရွက်ကြီး အသုံးပြုမှု

ဤလျှောက်လွှာအတွင်းမှ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် လွန်ခဲ့သည့် 6 လတာအတွင်း ဆေးရွက်ကြီး ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများအား ပုံမှန် အသုံးပြုပါသလား

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ အသုံးပြုလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ -

(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ခြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့သော်လည်းကောင်း၊ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

မသန်စွမ်းသည့် အရွယ်ရောက်ပြီးသား အခွန် ဖိုင်ခံယူ

မသန်စွမ်းသည့် အရွယ်ရောက်ပြီးသား အခွန်ဖိုင်ခံယူသည်မှာ မသန်စွမ်းမှုကြောင့် အလုပ်ခန့်အပ်မှု မရရှိနိုင်ဘဲ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု ရရှိရန် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအပေါ် ဖိုင်ခံယူချက်ရှိသော တစ်ဦးတစ်ယောက်ကို ဆိုလိုသည်။

သင့်တွင် အသက် 26 နှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းအထက် မသန်စွမ်းသော ဖိုင်ခံယူ အရွယ်ရောက်ပြီးသား ကလေးတစ်ဦး ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် ၎င်းတို့၏အမည်အား ထည့်သွင်းပေးပါ -

(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကျဉ်းထောင်နှင့် အချုပ်ခန်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

1. သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် အကျဉ်းထောင် သို့မဟုတ် အချုပ်ခန်းအတွင်း ရှိနေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်အားထည့်သွင်းပေးပါ -

2. ဖြစ်အက်စီစဉ်မှုများ စောင့်ဆိုင်းနေရဆဲ ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

3. ပြန်လွတ်မည့်ရက်စွဲသည် ရက် 30 အတွင်း ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု

အကယ်၍ သင် ယခု နေထိုင်သည့်နေရာ၌ မဲပေးရန် သင် စာရင်းသွင်းထားခြင်း မရှိလျှင် မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းဖို့ သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ “ဟုတ်ကဲ့” ဟု သင် ရွေးချယ်ထားလျှင် သင့်အတွက် မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု လျှောက်လွှာဖောင်တစ်စောင်အား ထောက်ပံ့ပေးမည် ဖြစ်သည်။

မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်ခြင်းသည် သင့်အား ထောက်ပံ့ပေးမည့် ကူညီထောက်ပံ့မှုပမာဏ သို့မဟုတ် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

အကယ်၍ မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု လျှောက်လွှာအား ဖြည့်စွက်ရာတွင် သင် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Washington ၏ အခွန်အခမဲ့ မဲဆန္ဒရှင် စာရင်းသွင်းမှု ဟော့တ်လိုင်း 1-800-448-4881 ၌ အကူအညီများ သင် ရယူနိုင်ပါသည်။ အကူအညီကို ရှာဖွေရန် သို့မဟုတ် လက်ခံရန်အတွက် ဆုံးဖြတ်ခြင်းသည် သင့် သဘောသာ ဖြစ်ပါသည်။ သင့်အနေနှင့် လျှောက်လွှာအား သီးသန့် ဖြည့်စွက်ကောင်း ဖြည့်စွက်နိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ မဲပေးရန် သင်၏ စာရင်းပေးပိုင်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းမသွင်း ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သင်၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးထိန်းသိမ်းခွင့်တို့အား တစ်စုံတစ်ဦးမှ အနှောင့်အယှက်ပြုနေသည် သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်နေသည်ဟု သင် ယုံကြည်လျှင် Washington State Election Division PO Box 40229, Olympia, WA 98504 သို့သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် အီးမေးလ် elections@sos.wa.gov သို့သော်လည်းကောင်း မကျေနပ်ချက် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် လျှောက်ထားသူများအတွက် လက်မှတ်

ရပ်တန့်ပါ - သင်သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင့်ဝင်ငွေအား သင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားလိုခြင်း မရှိလျှင်၊ ထို့ပြင် **Qualified Health Plan** (အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်၊ QHP) တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းလိုလျှင် အောက်၌ လက်မှတ်ရေးထိုးကာ သင်၏ လျှောက်လွှာအား တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင့်ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှုအတွက် ကုန်ကျစရိတ် အပြည့်အဝအား သင် ပေးချေရမည်ဖြစ်ပြီး၊ လျှောက်လွှာ၏ အပိုင်း 2 အား ဖြည့်စွက်ရန် မလိုအပ်ပေ။

ကျွန်ုပ်တို့သို့ ကျွန်ုပ်တို့၏ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်း ဖတ်ရှု သို့မဟုတ် ရှင်းလင်းပြောပြပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာအား လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် သင်သည် Washington Healthplanfinder မှ သင်၏အချက်အလက်များအား အခြားသော ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီများထံ သို့ မျှဝေရန် သဘောတူလက်ခံခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

လက်မှတ်

နေ့စွဲ

အပိုင်း 2

1

ကျန်းမာရေး အာမခံဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးထံ၌ Washington Apple Health (Medicaid သို့မဟုတ် CHIP) ထက်ဆိုင်လျှင် အခြားသော ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု ရှိပါသလား။

(ဥပမာများတွင် ပုဂ္ဂလိက သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင် အာမခံ၊ တစ်ဦးချင်းစီ ကျန်းမာရေးအာမခံ၊ အကန့်အသတ်ရှိသော အကျိုးခံစားခွင့် အာမခံ၊ Medicare ၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း၊

Peace Corps ၊ Tri-Care နှင့် အခြားသော အာမခံများ အစရှိသည်တို့ ပါဝင်သည်) ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် အောက်ပါဇယားကွက်၌ အချက်အလက်များအား ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ အကယ်၍ တစ်ဦးထက်ပိုပြီး ၎င်းတို့ထံ၌ အခြားသော အာမခံ ရှိနေလျှင် အပိုဆောင်း စာရွက်အား အသုံးပြုပါ။

အာမခံ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင် အမည် -

မူဝါဒ နံပါတ်-

အုပ်စု နံပါတ်-

မူဝါဒ ကိုင်ဆောင်ထားသူ၏/ ဝန်ထမ်း အမည် -

မူဝါဒ ကိုင်ဆောင်ထားသူ၏ မွေးနေ့-

ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ-

ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -

ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ-

ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -

ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ-

ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -

2

ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ

အကယ်၍ သင်သည် ကလေးတစ်ဦးအတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု မလျှောက်ထားဘူးဆိုလျှင် ဤမေးခွန်းအား ကျော်၍ နောက်အပိုင်း (မပေးချေရသေး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာ အချက်အလက်များ)သို့ သွားရောက်ပါ။

သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံသည် သင်၏ ကလေးများအတွက် အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံပေးပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟုဆိုလျှင် ကလေး၏အမည်အား ထည့်သွင်းပါ။

လွန်ခဲ့သော လေးလအတွင်း သင်သည် သင်၏ အသက် 19 နှစ်အောက် ကလေးများအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား ဖြုတ်ချဖူးပါသလား။

ဟင်အင်း

ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဖြုတ်ချဖူးလျှင် ၎င်းအကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု မည်သည့်အချိန်၌ အဆုံးသတ်သွားသနည်း။

လက်ရှိလမတိုင်မီ လက်ငင်း 3 လအတွင်း လက်ခံရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ မပေးချေရသေးသည့်အတွက်ကြောင့်သာ သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် ငွေပေးချေရန် အကူအညီ လိုအပ်နေပါသလား။ ဟင်းအင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟုဆိုလျှင် ကလေး၏အမည်အား ထည့်သွင်းပါ။

ယခုတွင်မူ အသက် 18-25 နှစ်အတွင်းရှိပြီး ဖြစ်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် အသက် 18 နှစ်ပြည့်ချိန်အထိ ယာယီ ခေါ်ယူစောင့်ရှောက်ပေးမှုအောက်တွင် နေခဲ့ရဖူးပါသလား။

ဟင်းအင်း ဟုတ်

အကယ်၍ နေခဲ့ဖူးသည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ -

သင်၏ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေကြောင့်သာ သင်သည် အခြားသော အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း မရှိသည့်တိုင် သင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များသည် အကန့်အသတ်ရှိသော အရေးပေါ်အခြေအနေ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

သင် လျှောက်ထားပေးသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူများနှင့်သက်ဆိုင်သော အကွက်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ။ ထို့နောက် ပေးအပ်ထားသော နေရာလွတ်တွင် ၎င်းတို့၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပေးပါ။

ဤလတွင် သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော သုံးလအတွင်း အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေကြောင့် ကုသမှုခံယူခဲ့သည် -

မည်သူနည်း - _____

ကျောက်ကပ်ဆေးမှုသို့မဟုတ် ကင်ဆာရောဂါကုသမှုအား လိုအပ်သည် - မည်သူနည်း - _____

ကိုယ်အင်္ဂါအစားထိုးခွဲစိတ်မှု ရလဒ်အနေနှင့် ဓာတ်မတည့်မှုဆန့်ကျင်ဆေးဝါးအား လိုအပ်သည် - မည်သူနည်း - _____

သူနာပြုဂေဟာ စောင့်ရှောက်မှု၊ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးရသော နေထိုင်မှု၊ သို့မဟုတ် အိမ်တွင်း စောင့်ရှောက်မှုအား လိုအပ်သည် - မည်သူနည်း - _____

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရပါသလား။ ဟင်းအင်း ဟုတ်ကဲ့ (အကယ်၍ တစ်ဦးထက်မက ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရလျှင် သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခဲ့ဖူးလျှင် ဒုတိယမျဉ်းလိုင်းအား အသုံးပြုပေးပါ။) အကယ်၍ ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် -

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ -

မွေးဖွားမည့်ရက် -

မျှော်လင့်ထားသည့် အရေအတွက် -

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ -

မွေးဖွားမည့်ရက် -

မျှော်လင့်ထားသည့် အရေအတွက် -

သင် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာပေါ်မှ မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦးသည် လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ဟင်းအင်း

ဟုတ်ကဲ့

(အကယ်၍ တစ်ဦးထက်မက ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားခဲ့သည့်ဆိုလျှင် ဒုတိယမျဉ်းလိုင်းအား အသုံးပြုပေးပါ။) အကယ်၍ ဟုတ်သည်ဆိုလျှင်

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ-

ကိုယ်ဝန်အဆုံးသတ်ခဲ့သည့် နေ့စွဲ -

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ-

ကိုယ်ဝန်အဆုံးသတ်ခဲ့သည့် နေ့စွဲ -

7

စုစုပေါင်း ဝင်ငွေဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

ဤအပိုင်းသည် သင့်အိမ်ထောင်စု၏ မွမ်းမံချိန်ညှိပြင်ဆင်ထားသော စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (MAGI) ၏ ပမာဏအား ကူညီဆုံးဖြတ်ပေးမည် ဖြစ်သည်။ သင်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု အစီအစဉ် အများစုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် MAGI ဝင်ငွေအား အသုံးပြုရမည် ဖြစ်သည်။ သင် လျှောက်ထားသော မိသားစုဝင်တစ်ဦးစီတိုင်းအတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများအား ကျေးဇူးပြုပြီး သင် တတ်နိုင်သမျှ အတိကျအမှန်ကန်ဆုံး ဖြေကြားပေးပါ။ စာရင်းပြုထားသော ဝင်ငွေ အမျိုးအစားနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကိုသာလျှင် ထည့်သွင်းပါ။

သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၊ နှင့် အခြားသော အသက်မပြည့်သေးသူများ မှန်သမျှ ထို့ပြင် (အသက်မပြည့်သေးသူများ သို့မဟုတ် အခွန်ပိုင်ဆိုင်သူများတို့သည် အခွန်များအား လျှောက်ထားရန် မလိုအပ်သော အခြေအနေမှလွှဲ၍) အသက်အရွယ်မည့်မျှပင်ရှိပါစေ အခွန်ပိုင်ဆိုင်သူများတို့အတွက် (နတ်ယူဖြတ်တောက်မှုများမတိုင်မီ လစဉ်ဝင်ငွေ ပမာဏ လက်ရှိ စုစုပေါင်း) အချက်အလက်များအား ထည့်သွင်းပေးရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ ဝင်ငွေအား မည်သို့ အစီရင်ခံတင်ပြရမည်ဖြစ်ကြောင်း နောက်ထပ် အချက်အလက်များအတွက် wahbexchange.org/how-to-report-income သို့ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

မှတ်ချက် - အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းများ/အလက်စကာ ဒေသခံများ (AI/AN) တို့သည် AI/AN ၏ အခွန်ကောက်ခံနိုင်သော စုစုပေါင်းဝင်ငွေအတွင်းမှ Internal Revenue Service (ပြည်တွင်း ဝင်ငွေခွန်ဝန်ဆောင်မှု) အနေနှင့် ချန်လှပ်ထားသော AI/AN ဝင်ငွေ မှန်သမျှကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် မလိုအပ်ပေ။ ထို့ပြင် AI/AN များသည် WAC 182-509-0340 တွင် ဖော်ပြထားချက်အရ Washington Apple Health (Medicaid) အတွက် အချို့သော ဝင်ငွေ အမျိုးအစားများကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် မလိုအပ်ပေ။

အလုပ်တစ်ခုမှ ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်ဦးဦး လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်၊ အလုပ်ရှင်၏ အမည်၊ နှင့် ဝန်ထမ်းများမှ လုပ်ခ၊ လခ သို့မဟုတ် ဆုကြေးဝင်ငွေ အစရှိသည်တို့အားဖြင့် လက်ခံရရှိသော လက်ရှိ စုစုပေါင်းလစဉ် ဝင်ငွေ ပမာဏတို့ကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ဤအပိုင်းတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေများအား ထည့်သွင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။ အကယ်၍ အနာဂတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် ၊ ဥပမာအားဖြင့် အကယ်၍ သင်၏ အလုပ်အကိုင်သည် ရာသီအလိုက်ဆောင်ရွက်ရသော အလုပ် ဖြစ်လျှင် သင့်ဝင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0310 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ဝင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဖော်ကုဒ်

\$ -

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း S-ကော်ပိုရေးရှင်း)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအား ရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပေးပါ

\$ -

ဝန်ထမ်းများအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။

\$ -

သင့် အိမ်ထောင်စုအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။ *

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဖော်ကုဒ်

\$ -

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း S-ကော်ပိုရေးရှင်း)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအား ရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြပေးပါ

§ - _____
ဝန်ထမ်းများအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။

§ - _____
သင့် အိမ်ထောင်စုအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။ *

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဖက်ကွက်

§ - _____
စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ပင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း S-ကော်ပိုရေးရှင်း)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအား ရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြပေးပါ

§ - _____
ဝန်ထမ်းများအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။

§ - _____
သင့် အိမ်ထောင်စုအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။ *

***သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ အခြားသူများအတွက် အလုပ်ရှင် အာမခံအား လက်ခံရန် သင် မစီစဉ်ထားသည့်တိုင် ဤသည်အား ဖော်ပြပေးပါ။ ဤမေးခွန်းများသို့ သင်၏ ကွဲပြားခြားနားချက်များကို သင်၏ Apple Health အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။**

ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ပင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်ဦးဦး ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်နေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လုပ်နေလျှင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ လက်ရှိ ခန့်မှန်းခြေ အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (စီးပွားရေးလုပ်ငန်းစရိတ်များ ကျေပြီးသည့်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် အကျိုးအမြတ်များအား ထည့်သွင်းပေးပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအတွက် ကျေးဇူးပြုပြီး စာမျက်နှာ ii အား ကြည့်ရှုပါ။ အကယ်၍ အနာဂါတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် သင့်ပင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0370 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ပင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်

ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)

အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ပင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်

ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)

အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ပင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်

ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)

အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ပင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်ဦးဦး လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိလျက်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် လုပ်သက်အနားယူမှု၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ရှင်သန်ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့်များတို့အတွက် လူမှုဖူလုံရေး စီမံအုပ်ချုပ်မှုထံမှ လက်ခံရရှိသော ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ဖြည့်စွက် လူမှုဖူလုံရေး (SSI) ဝင်ငွေကိုမူ အစီရင်ခံတင်ပြခြင်း မပြုပါနှင့်။

လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ
လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ
လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ

ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်ဦးဦး ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်း ပိုင်ဆိုင်မှုအား ငှားရမ်းခြင်းမှ လက်ခံရရှိသော လစဉ် ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအပြီးနောက် အသားတင် ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။

ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ

ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူများထဲမှ တစ်ဦးဦးသည် လက်ရှိတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်နေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လုပ်နေလျှင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ လက်ရှိ ခန့်မှန်းခြေ အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးလုပ်ငန်းစရိတ်များ ကျေပြီးသည့်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် အကျိုးအမြတ်များ)အား ထည့်သွင်းပေးပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအတွက် ကျေးဇူးပြုပြီး စာမျက်နှာ ii အား ကြည့်ရှုပါ။ အကယ်၍ အနာဂတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် သင့်ဝင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0370 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ဝင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်	ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ဝင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်	ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ဝင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်	ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ဝင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးသည် လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိလျက်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် လုပ်သက်အနားယူမှု၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ရှင်သန်ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့်များတို့အတွက် လူမှုဖူလုံရေး စီမံအုပ်ချုပ်မှုထံမှ လက်ခံရရှိသော ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ဖြည့်စွက် လူမှုဖူလုံရေး (SSI) ဝင်ငွေကိုမူ အစီရင်ခံတင်ပြခြင်း မပြုပါနှင့်။

လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ
လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ
လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ

8	အခြား ဝင်ငွေ
----------	---------------------

ကလေးထောက်ပံ့ကြေး သို့မဟုတ် ပင်စင်မဟုတ်သော စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ ပေးချေမှုများအား ထည့်သွင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။ သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြု၍ မည်သူမှ ၎င်းအား ရရှိကြောင်း၊ မည်မျှ ရရှိကြောင်း၊ နှင့် ကြိမ်ရည်မည်မျှ ရရှိကြောင်း ပြောပြပေးပါ။

မယားစရိတ် / အိမ်ထောင်ဖက် ထောက်ပံ့ကြေး	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
နှစ်စဉ်ထုတ်ငွေ သို့မဟုတ် ပင်စင်	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုမှ ရရှိမှုများ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အစုပေါ် အမြတ်၊ စတော့ခံများ၊ သို့မဟုတ် ရှယ်ယာများ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
လယ်ယာမွေးမြူရေး ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
နိုင်ငံခြား ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အပ်နှံမှုမှ ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အတိုး ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
IRA ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

အခြားအခွန်ကောက်ခံနိုင်သော ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ရထားလမ်း လုပ်သက်အနားယူမှု အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ပူပိုင်ခ ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အခွန်ကောက်ခံနိုင်သော ပျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

ဤလျှောက်လွှာအတွင်းမှ အသက် 19 နှစ်အောက် သို့မဟုတ် အခွန်မရှိသူ မိသားစုဝင်များတို့သည် ဤနှစ် ဖယ်ဒယ်ခွန်ပြန်တမ်းအား လျှောက်ထားရန်အတွက် အခြေခံ သတ်မှတ်ချက်ဖြင့် ပြည့်မီ ကိုက်ညီပါမည်လား။

အမည် _____	ဟင်အင်း	ဟုတ်ကဲ့
အမည် _____	ဟင်အင်း	ဟုတ်ကဲ့
အမည် _____	ဟင်အင်း	ဟုတ်ကဲ့

9

နှုတ်ယူခြင်းတောက်မှုများ

သင် တင်ရှိသော အခွန်ပမာဏများအား လျော့ချရန် IRS မှ ၎င်းတို့အား အသုံးပြုသကဲ့သို့ပင် အချို့သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် ဤအသုံးစရိတ်များ သည် သင့် ဝင်ငွေပမာဏအား လျော့ကျစေနိုင်သည်။ အကယ်၍ ဖြေကြားခြင်းမပြုရန် သင် ရွေးချယ်ခဲ့လျှင် သင်သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီဆဲ ဖြစ်သည်။

ပေးအပ်ရသော မယားစရိတ် / အိမ်ထောင်ဖက်ထောက်ပံ့မှုစရိတ်	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
လျော်ကြေးတောင်းဆိုနိုင်သည့် အချို့သော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း ကုန်ကျစရိတ်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ပညာသင်ကြားပေးသူ ကုန်ကျစရိတ်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ကျန်းမာရေးအတွက် စုဆောင်းငွေအကောင့် ထည့်ဝင်မှုများ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

တရားဝင် စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ ရွှေ့ပြောင်းမှုအတွက်
ရွှေ့ပြောင်းမှု ကုန်ကျ

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

စုဆောင်းငွေ စောစီးစွာထုတ်ယူခြင်းအတွက် ပြစ်ဒဏ်ငွေ

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

ကြိုတင်ခွန် လုပ်သက်အနားယူမှု စာရင်းအကောင့်သို့
ထည့်ဝင်မှုများ

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ကျန်းမာရေး အာမခံ

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ လုပ်သက်အနားယူမှု အစီအစဉ်

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

ကိုယ်ပိုင်အလုပ် အခွန်

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

မည်သူနည်း- _____ \$- _____ ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

10

နောက်ဆက်တွဲ အချက်အလက်များ

အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်ထားသည့် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဦးသည် ဤဝန်ဆောင်မှု တစ်ခုခုအား လိုအပ်ပါသလား။

a. သင်သည် လက်ရှိတွင် သူနာပြုစောင့်ရှောက်မှုဂေဟာသို့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုတွင် နေထိုင်လျက်ရှိသောကြောင့် သို့မဟုတ် ၎င်းသို့ ရွှေ့ပြောင်းရန် မျှော်မှန်းထားသောကြောင့် ဧရရှည် စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

ဝန်ဆောင်ထောက်ပံ့မှု အမျိုးအစား- _____

b. အိမ်တွင်း စောင့်ရှောက်ပေးသူ လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

c. ပံ့ပိုးကူညီပေးရသည့် နေထိုင်မှု (Assisted Living) စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအား လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

d. ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်း မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာဌာနခွဲမှ ဝန်ဆောင်မှုများအား လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

e. ဂေဟစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

f. ကျန်းမာရေးအခြေအနေ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ၎င်းသည် အလုပ်မလုပ်နိုင်သည့်အတွက် ဤကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လွှဲပြောင်းမှု

လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်(များ)၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ။ _____

အကယ်၍ အောက်ပါတို့မှ တစ်ခုခုသည် သက်ရောက်မှုရှိလျှင် သင့်အနေနှင့် HCA ဖောင် 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) အား ဖြည့်စွက်ပေးဖို့ လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်ပေမည် -

- သင့်သည် အသက် 65 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် Medicare ပေါ်တွင် ရှိသည်။
- သင့်သည် အထက်ပါ a-f အတွင်း မေးခွန်း တစ်ခုခုအား ဟုတ်ကဲ့ဟု ဖြေဆိုခဲ့သည်။
- သင့်သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်မှု (MN) သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း အလုပ်သမားများအတွက် Apple Health (HWD) အစီအစဉ်အား လျှောက်ထားသည်။

11

လက်မှတ်မထိုးမီ ဂရုတစိုက် ဖတ်ပါ

အခြားသော ပြည်နယ် နှင့် ဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီများသို့ အချက်အလက်များ ဖွင့်ဟမှု -

နှစ်စဉ် သက်တမ်းတိုးသည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကာလအတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ လွန်ခဲ့သော 5 နှစ်တာအထိ အခွန်ပြန်တမ်း အချက်အလက်များအား အီလက်ထရောနစ်နည်းလမ်းဖြင့် အတည်ပြုဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အလို့ငှာ Washington Healthplanfinder အား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား မည်သည့်အချိန်၌မဆို ကျွန်ုပ် ပြောင်းလဲနိုင်ကြောင်း သိရှိထားပါသည်။ ဤသေတ္တာကွက်အား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ နောက်ထပ် ဆောင်ရွက်ချက်များ မလိုအပ်ဘဲ အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား ကျွန်ုပ်၏ နှစ်စဉ် သက်တမ်းတိုးမှုထဲ သို့သက်ရောက်စေခွင့် ကျွန်ုပ် ပြုပါသည်။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်း ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ထံသို့ ရှင်းလင်းပြောပြပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ပြင် **အမှုသည် အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ** ဖိတ္တူတစ်စောင်အားလည်း လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။

12

ထုတ်ပြန်ကြေငြာချက် နှင့် လက်မှတ်

Washington Apple Health (Medicaid) ၏ အခွင့် သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း အကျိုးပင်လွှဲမှုအား လျှောက်ထားရန် သို့မဟုတ် သင်၏ အာမခံပရီမီယံကြေး လျှော့နည်းစေဖို့ အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား လျှောက်ထားရန် အောက်တွင် သင်၏ လက်မှတ်အား လိုအပ်ပါသည်။

ယခု လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပြီ။ နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ပြစ်မှုပြစ်ဒဏ်ပေးခြင်းခံရနိုင်သည့် လက်အောက်တွင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ် သိရှိထားသမျှအတိုင်းဆုံး မှန်ကန်၊ တိကျ၍ ပြီးပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ် ထုတ်ပြန်ကြေငြာအပ်ပါသည်။

လက်မှတ်

နေ့စွဲ