

Washington Apple Health လျှောက်လွှာ သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင်၊ မသန်စွမ်းသူ/ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ပံ့ပိုးမှုများ အတွက်

သင့်တွင် အောက်ဖော်ပြပါ အခြေအနေများရှိလျှင် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီနိုင်မည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျုံးဝင် လွှဲပြောင်းပေးမှုများကို ကြည့်ရှုရန် ဤလျှောက်လွှာအား အသုံးပြုပါ -

- သူနာပြု ဂေဟစောင့်ရှောက်မှု၊ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးထားသည့် နေထိုင်မှု အဆောက်အအုံ၊ သက်ကြီး မိသားစု အိမ်ရာ၊ အိမ်တွင်း စောင့်ရှောက်မှု ပရိုဂရမ်များ၊ သို့မဟုတ် သက်ကြီးများအတွက် အံဝင်ခွင့်ကျ အထောက်အပံ့များ (TSOA) အစရှိသည်တို့ကဲ့သို့ ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ပံ့ပိုးမှုများ (LTSS) အား သင် လိုအပ်လျှင်
- သင် မိသားစုထဲတွင် သင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးထံ၌ Medicare ရှိထားလျှင်
- Medicare ပရီမီယံကြေးများ သို့မဟုတ် ပူးတွဲအာခမံ စရိတ်များအတွက် ကူညီပေးဆောင်ရန် သင် လိုအပ်လျှင်
- သင် မိသားစုထဲတွင် သင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးသည် အသက် 65 နှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းအထက် ဖြစ်လျှင်
- သင် မိသားစုထဲတွင် သင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးသည် မသန်စွမ်းတစ်ဦး ဖြစ်ပြီး Medicare မရှိထားလျှင်
- TSOA အတွက် - သင်သည် အသက် 55 နှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းအထက် ဖြစ်ပြီး၊ သင် သို့မဟုတ် အခြားငွေမယူသော သင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်သူသည် အထောက်အပံ့များ လိုအပ်လျှင်

မှတ်ချက် - အကယ်၍ သင့်တွင် အောက်ဖော်ပြပါ အခြေအနေများရှိလျှင် သင်၏ Apple Health အကျုံးဝင်လွှဲပြောင်းမှုအား wahealthplanfinder.org ရှိ Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်းပေါ်၌ သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် 1-855-923-4633 သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် လျှောက်ထားပါ သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးပါ -

- သင်သည် အသက် 19 နှစ်မှ 64 နှစ်အတွင်းရှိသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူတစ်ဦး ဖြစ်လျှင်
- သင်သည် ကလေးများအတွက် လျှောက်ထားခြင်းဖြစ်လျှင်
- သင်သည် ကလေးများနှင့်အတူ လျှောက်ထားမှုပြုသည့် မိသားစု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်သူတစ်ဦး ဖြစ်လျှင်
- သင်သည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရလျှင် သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရသူတစ်ဦးအတွက် လျှောက်ထားပေးခြင်း ဖြစ်လျှင်

အွန်လိုင်းတွင် ပိုမိုလျင်မြန်စွာ လျှောက်ထားလိုက်ပါ

- washingtonconnection.org ပေါ်တွင် အွန်လိုင်း လျှောက်လွှာအား သင် တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

သင် လျှောက်ထားရန် လိုအပ်မည့် အချက်အလက်များ -

- လူမှုစုလိုအပ်ချက်များ
- မွေးသက္ကရာဇ်
- လူဝင်ကြီးကြပ်မှု အခြေအနေ
- ဝင်ငွေ အချက်အလက်
- အရင်းအမြစ် နှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု အချက်အလက် (ဘဏ်စာရင်းလက်ကျန်၊ စတော့ခံများ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ၊ ယုံမှတ်အပ်နှံငွေ၊ အငြိမ်းစား ငွေစာရင်းများ အစရှိသည်ကဲ့သို့သော)

အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အဘယ့်ကြောင့် များပြားစွာ တောင်းခံရပါသနည်း။

- မည်သည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုတွင် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီနိုင်သည်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ သင် ပေးသည့် အချက်အလက်များကို ဥပဒေနှင့်အညီ ကျွန်ုပ်တို့ လျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းထားပါမည်။

ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော သင်၏ လျှောက်လွှာအား ပေးပို့ရမည့် နေရာ

မသန်စွမ်းမှုအခြေခံသော Apple Health ၊ ဒုက္ခသည်ခိုလှုံ့သူဆိုင်ရာ အာမခံလွှဲပြောင်းမှု နှင့် အသက် 65 နှစ်အထက် သက်ကြီးများအတွက် အာမခံလွှဲပြောင်းမှု၊ ဝိုင်ပြင် Medicare ပရီမီယံကြေးများနှင့် အသုံးစရိတ်များအား ကူညီပေးချေပေးသည့် အစီအစဉ်များ အစရှိသည်တို့အတွက်

- သင့် လျှောက်လွှာအား စာတိုက်ဖြင့် ပေးပို့ရန် -
 DSHS
 Community Services Division - Customer Service Center
 PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- သင့်လျှောက်လွှာအား 1-888-338-7410 သို့ ဖက်စ် ဖြင့်ပေးပို့ပါ
- သင့်လျှောက်လွှာအား Community Services Office (CSO) သို့ သွားရောက်ပေးပို့ပါ။
- တည်နေရာများအတွက် dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office အား ကြည့်ရှုပါ
- အွန်လိုင်းဖြင့် washingtonconnection.org တွင် လျှောက်ထားပါ
- ဖုန်းဖြင့် 1-877-501-2233 သို့ ခေါ်ဆိုလျှောက်ထားပါ

သူနာပြု ဂေဟစောင့်ရှောက်မှု၊ အိမ်တွင်း တစ်ကိုယ်ရေ စောင့်ရှောက်မှု၊ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးထားသည့် နေထိုင်မှု အဆောက်အအုံ၊ သက်ကြီး မိသားစု အိမ်ရာ ပရိုဂရမ်များ နှင့် TSOA အစရှိသည်တို့ကဲ့သို့ ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပံ့ပိုးမှုများအတွက်

- သင့် လျှောက်လွှာအား စာတိုက်ဖြင့် ပေးပို့ရန် -
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- ဒေသခံ Home and Community Services (HCS) ရုံးခန်းအား ရှာဖွေရန် dshs.wa.gov/office-locations တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ
- သင့်လျှောက်လွှာအား 1-855-635-8305 သို့ ဖက်စ် ဖြင့်ပေးပို့ပါ
- အွန်လိုင်းဖြင့် [washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org) ၌ လျှောက်ထားပါ
- နောက်ထပ်သော LTSS အရင်းအမြစ်များအတွက် dshs.wa.gov/altsa/resources တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ
- နောက်ထပ်သော TSOA အရင်းအမြစ်များအတွက် 1-855-567-0252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် မိသားစု ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ (Family Caregiver Specialist) တစ်ဦးဖြင့် စကားပြောဆိုရန် သင့် ဒေသခံ Area Agency on Aging (AAA) ထံ ဆက်သွယ်ပါ။ သင့် ဒေသခံ AAA ရုံးခန်းအား ရှာဖွေရန် - [wacac.org](https://www.wacac.org)

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာမခံလွှမ်းခြုံမှုဆိုင်ရာ အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်များ

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာမခံလွှမ်းခြုံမှု ပရိုဂရမ်များ အားလုံးအတွက် သင်၏ အခွင့်အရေးများ (ကျွန်ုပ်တို့ လုပ်ဆောင်ပေးရမည့်အရာများ)

သင့်အား လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုအားလုံးကို ကူညီ ဖော်ပြခြင်း နှင့် ဖြည့်စွက်ပေးခြင်း။ အကူအညီရရှိရန်အတွက် လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဆိုင်ရာဌာန (DSHS) ထံ 1-877-501-2233 သို့ သင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

DSHS သို့မဟုတ် Health Care Authority (HCA) သို့ ဆက်သွယ်သည့်အခါ သင့်အတွက် စကားပြန် သို့မဟုတ် ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ နှောင့်နှေးမှုမရှိဘဲ စီစဉ်ပေးပါသည်။

သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ပေးပါသည်။ သို့သော် သင်၏ အချက်အလက်များအချို့ကို အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် စာရင်းသွင်းမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အခြားသော ပြည်နယ် နှင့် ဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီ ဘဏ္ဍာရေး အဖွဲ့ အစည်းများ၊ ထို့အပြင် HCA ကန်ထရိုက်တာများတို့ထံ ကျွန်ုပ်တို့ ဝေမျှမည်ဖြစ်ပါသည်။

သင်၏ ကျန်းမာရေး လွှမ်းခြုံမှု၊ ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပံ့ပိုးမှုများ (LTSS) သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ် အစရှိသည်တို့အပေါ် သက်ရောက်မှုရှိသည့် DSHS သို့မဟုတ် HCA ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင် သဘောမတူပါက သင့်ထံ အယူခံဝင်ရန် အခွင့်အလမ်း ပေးအပ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင် အယူခံဝင်မှုအတွက် တောင်းဆိုလျှင် သင့်အမှုကို ပြန်လည် ဆန်းစစ်ခြင်း ပြုလုပ်ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ DSHS ပရိုဂရမ်များအတွက် သင် အယူခံဝင်ခြင်း ဖြစ်လျှင် အသုံးပြုသူ ဝန်ဆောင်မှု ဆက်သွယ်ရေးစင်တာ (DSHS Customer Service Contact Center) 1-877-501-2233 သို့မဟုတ် သင်၏ ဒေသခံ အသိုင်းအဝိုင်း ဝန်ဆောင်မှု ရုံး (Community Services Office) သို့ သွားရောက်နိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ အယူခံဝင်မှုသည် Washington Apple Health လွှမ်းခြုံမှုနှင့်ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်ပါက အမှုကို ပြန်လည်ဆန်းစစ်ခြင်းဖြင့် ဖြေရှင်းနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ သင့်အတွက် အုပ်ချုပ်ရေးဆိုင်ရာ ကြားနာမှု တစ်ခုကို သတ်မှတ်စီစဉ်ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

သင့်အား တရားမျှတစွာ ဆက်ဆံပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုသည် ဥပဒေနှင့် ဆန့်ကျင်ပါသည်။ DSHS နှင့် HCA သည် တည်ဆဲ ဖယ်ဒရယ် လူမှုအခွင့်အရေး ဥပဒေများကို လိုက်နာပြီး လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းခြင်း၊ သို့မဟုတ် လိင်ကွဲပြားမှုအပေါ် မူတည်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း အစရှိသည်တို့ကို မပြုလုပ်ပေ။ DSHS နှင့် HCA သည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်ကွဲပြားမှုအပေါ် မူတည်ပြီး လူမျိုးအား ခွဲခြားစွာ ဆက်ဆံခြင်း သို့မဟုတ် ချွန်လှုပ်လှုပ်ခြင်းများ မပြုလုပ်ပေ။

ထို့အပြင် DSHS နှင့် HCA သည် တည်ဆဲပြည်နယ် ဥပဒေများကို လိုက်နာပြီး ယုံကြည်ချက်၊ ဂုဏ်၊ ဂုဏ်အိမ်ထုတ်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အထား၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ခံယူမှု၊ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ၊ ဘာသာရေး၊ ဂုဏ်ပြုခံရသည့် စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် စစ်တပ် ရာထူးအဆင့်အတန်း၊ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးမှ ထရန်နစ်နှင့်ရရှိထားသော လမ်းပြခွေး သို့မဟုတ် တိရိစ္ဆာန် ဝန်ဆောင်မှုအား အသုံးပြုခြင်း စသည်များအပေါ် အပြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း မပြုလုပ်ပေ။

DSHS နှင့် HCA -

- မသန်စွမ်းသူများအတွက် အခမဲ့ အကူအညီများ နှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို စီစဉ်ပေးပါသည်။ သို့မှသာ ၎င်းတို့သည် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ထိရောက်စွာ ဆက်သွယ်မှု ပြုလုပ်နိုင်မည် ဖြစ်ပါ သည်။ ဥပမာ -
 - အရည်အချင်းရှိသော သင်္ကေတ ဘာသာစကား စကားပြန်များ
 - အခြားသော ပုံစံ (ကြီးမားသော ပုံနှိပ်စာလုံး၊ အော်ဒီယိုအသံ၊ လက်လှမ်းမီသော အီလက်ထရောနစ် ပုံစံများ၊ အခြားသော ပုံစံများ)ဖြင့် ရေးသားထားသည့် အချက်အလက်များ
- မိမိတို့၏ အခြေခံဘာသာစကားမှာ အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သူများအတွက် အခမဲ့ ဘာသာစကား ဝန်ဆောင်မှု စီစဉ်ပေးခြင်း၊ ဥပမာ -
 - အရည်အချင်းရှိသော စကားပြန်များ
 - အခြားသော ဘာသာစကားဖြင့် ရေးသားထားသည့် အချက်အလက်များ

အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် လိုအပ်ခဲ့ပါက 1-877-501-2233 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

အကယ်၍ DSHS သို့မဟုတ် HCA သည် အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုများကို စီစဉ်ပေးရန် ပျက်ကွက်သည် သို့မဟုတ် တစ်နည်းနည်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုသည်ဟု သင် ယုံကြည်လျှင် အောက်ပါထံ မကျေနပ်ချက်များ တိုင်ကြားလျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ -

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • DSHS ATTN: Constituent Services PO Box 45131 Olympia, WA 98504-5131 1-800-737-0617 ဖက်စ်- 1-888-338-7410 askdshs@dshs.wa.gov | <ul style="list-style-type: none"> • HCA Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42704 Olympia, WA 98504-2704 1-855-682-0787 ဖက်စ်- 1-360-586-9551 compliance@hca.wa.gov |
|--|--|

မကျေနပ်ချက်ကို လူကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် ဖုန်း၊ စာတိုက်၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ် ဖြင့် သင် တင်ပြနိုင်ပါသည်။ မကျေနပ်ချက်တင်ပြရန် သင် အကူအညီ လိုအပ်ခဲ့ပါက DSHS Constituent Services (မဲဆန္ဒနယ် ဝန်ဆောင်မှု) သို့မဟုတ် HCA Division of Legal Services (ဥပဒေရေးရာ ဝန်ဆောင်မှု ဌာန) မှ သင့်အား ကူညီရန် ရှိပါသည်။

ထို့အပြင် လူမှုအခွင့်အရေး ဆိုင်ရာ မကျေနပ်ချက်ကို U.S. Department of Health and Human Services (အမေရိကန် ကျန်းမာရေး နှင့် လူသားဝန်ဆောင်မှု ဌာန) ၊ Office for Civil Rights ထံ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> တွင် အီလက်ထရောနစ်ပုံစံဖြင့် သင် တင်ပြနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ်လျှင်လည်း အောက်ပါ စာတိုက် သို့မဟုတ် ဖုန်းဖြင့်လည်း တင်ပြနိုင်ပါသည်။ -

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

တိုင်ကြားချက်လျှောက်လွှာဖော်စုများအား ဖော်ပြပါ၌ ရရှိနိုင်ပါသည်။ - www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာမခံလွှမ်းခြုံမှု ပရိုဂရမ်များ အားလုံး အတွက် သင်၏ တာဝန်များ (သင် ဆောင်ရွက်ရမည့်အရာများ)

SSN နှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ ထုတ်ဖော်မှု၊ မြင်းချက်အနေနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်ထားမှုပြုလုပ်သည့် သင့်မိသားစုထံရှိ သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အခြားတစ်ဦးဦး၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်းနံပါတ်ကို ထောက်ပံ့ပေးရပါမည်။ ကျန်းမာရေး အာမခံ ပရိုဂရမ် အခွန် ခရက်ဒစ်များ အတွက် လျှောက်တင်ရန် SSN ကို လိုအပ်သည်။ သင်၏ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အထောက်အထား၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နှင့် အခြား ရရှိနိုင်သော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံမှုများ ကို အတည်ပြုခြင်းအားဖြင့် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် အဆိုပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပါသည်။ အဆိုပါ အချက်အလက်များကို လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အေဂျင်စီများနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ ဝေမျှခြင်း မပြုလုပ်ပါ။

လွှမ်းခြုံမှုကို တခြားသူများ မဟုတ်သည့် သင့် မိသားစုထံရှိ မိသားစုဝင်များအချို့အတွက် သင် လျှောက်တင်ပေးနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင့်တွင် မိသားစုဝင်များအားလုံးအတွက် SSN လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်းနံပါတ် မရှိ ခဲ့ပါက အခြားသူများက လျှောက်တင်နိုင်ခြင်းဖြစ်ပြီး လွှမ်းခြုံမှု ရယူနိုင်ပါသည်။ ဥပမာ၊ သင်သည် လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ သော်လည်း သင့်ကလေးအတွက် သင် လျှောက်တင်နိုင်ပါသည်။ လျှောက်ထားခြင်းသည် သင်၏ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ သို့မဟုတ် အမြဲတမ်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား ဖြစ်လာ ရန် အခွင့်အလမ်းများကို မထိခိုက်ပါ။

Washington Apple Health ၌ နိုင်ငံထဲတွင် တရားဝင်နေထိုင်မှုအား မပြုသနိုင်သူများအတွက် ပရိုဂရမ်များအချို့လည်းရှိပါသည်။ သို့သော် သင့်မိသားစုတစ်ဦးဦးအတွက် SSN သို့မဟုတ် လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်းနံပါတ် မပြုရန် သင် ရွေးချယ်ခဲ့ပါက လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူ၏ ဝင်ငွေ အချက်အလက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး သင်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်လက် လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ် ပါလိမ့်မည်။

အကယ်၍ အေဂျင်စီမှ တောင်းဆိုလာခဲ့ပါက သင့်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် အချက်အလက် သို့မဟုတ် သက်သေတစ်ခုခု ပေးပါ။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံမှု ပရိုဂရမ်များ အားလုံးအတွက် သင် သိရှိထားသင့်သည့် အရာများ

Washington Connection ၏ လုပ်ငန်းလည်ပတ်မှု နှင့် နိုင်ငံပိုင် စီမံအုပ်ချုပ်ရေး စနစ်များ၊ ၎င်းအား အသုံးပြုသူတစ်ဦးအနေဖြင့် သင့်အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်များအပြင် ၎င်းတို့အား အသုံးပြုခြင်းအားဖြင့် သင် ရရှိသည့် လွှမ်းခြုံမှု များ အစရှိသည်တို့ကို ထိန်းချုပ်သော ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများ အချို့ရှိပါသည်။ အဆိုပါ စနစ်များကို အသုံးပြုခြင်းအားဖြင့် သင်သည် ၎င်းအား အသုံးပြုသူတစ်ဦး နှင့် အသုံးပြုခြင်းကြောင့် ရလဒ်အနေဖြင့် လွှမ်းခြုံမှုများ ရရှိသူများ လိုက်နာရမည့် ဥပဒေများကို သင် လိုက်နာကြောင်း သဘောတူခြင်းဖြစ်ပါသည်။

1973 အချို့သား ခံစားရမှု မှတ်ပုံတင်ရေး အက်ဥပဒေသည် ပြည်နယ်များ အားလုံးအား ဝဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေးတွင် မိမိတို့၏ ပြည်သူ့ အကူအညီပေးရေး ရုံးခန်းများမှတစ်ဆင့် အကူအညီပေး ရန် ပြဌာန်းထားသည်။ ဝဲဆန္ဒပေးရန် အတွက် မှတ်ပုံတင် ရန်လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် မြင်းပယ်ခြင်းများသည် ဤအေဂျင်စီမှ ပံ့ပိုးပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကို မထိခိုက်ပါ။ ဝဲဆန္ဒပေးရန် www.vote.wa.gov တွင် သင် မှတ်ပုံတင်နိုင်သည့် သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းအားဖြင့် ဝဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေးဖောင်များကို မှာယူနိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေး အာမခံ သယ်ဆောင်မှု နှင့် တာဝန်ခံမှု အက်ဥပဒေ (HIPAA) ကန့်သတ်ချက်များသည် HCA နှင့် DSHS ၏ အပြင် ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် တစ်ဦး အပါအဝင် ၎င်းပုဂ္ဂိုလ်၌ ကိုယ်စားလှယ်လွှဲစာရှိသည်မှလွဲ၍ သို့မဟုတ် ဤအချက်အလက်အား ထုတ်ဖော်မှုအတွက် သဘောတူ ခွင့်ပြုချက်ဖောင်ကို သင် လက်မှတ်ထိုးထားသည်မှလွဲ၍ သင် သို့မဟုတ် သင်၏ မိသားစုဝင် တစ်ဦးဦး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက် ဆွေးနွေးခြင်းအား တားမြစ်ပါသည်။ ဤတွင် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်၊ HIV, AIDS, STD စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ၊ သို့မဟုတ် ကုသမှု နှင့် ဓါတုပစ္စည်း ခွဲခြမ်း ဝန်ဆောင်မှု ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပါဝင်ပါသည်။

စရိုက်တတ်စွမ်းနိုင်သော စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေသည် DSHS နှင့် HCA တို့အား သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦး၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာကို ဖော်ထုတ်နိုင်သော အချက်အလက် (PII) ကို လက်ခံရရှိရန် ခွင့်ပြုချက်မရရှိသည့်သူ နှင့် သင့် သဘောတူခွင့်ပြုချက်မပါဘဲ ပေးအပ်ဝေမျှခြင်းမှ တားမြစ်ထားသည်။

DSHS နှင့် HCA သို့ သင်ပေးအပ်သည့် အချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဖယ်ဒရယ် နှင့် ပြည်နယ် အရာရှိများက အတည်ပြုခြင်း ပြုလုပ်ပါမည်။ အတည်ပြုခြင်းတွင် အေဂျင်စီ ဝန်ထမ်းထံမှ နောက်ဆက်တွဲလုပ်ဆောင်ခြင်း ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများ ပါဝင်နိုင်ပေသည်။

DSHS နှင့် HCA တို့သည် သင်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ အစီအစဉ်ကို စီမံရန် တာဝန် မရှိပါ။ သင့်ကျန်းမာရေး အာမခံ သယ်ဆောင်သူမှ သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များ၏ အချက်အလက်များကို သင့် အား ထပ်မံပြောပြပေးနိုင်ပါသည်။ သင်၏ကျန်းမာရေး အာမခံအစီအစဉ်အကြောင်းနှင့် သင်အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ နှင့် အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုး ခံစားခွင့် များကို မြင်းပယ်ခြင်းတို့နှင့်ပတ်သက်သည့် စည်းကမ်းချက်များ အတွက် သင် မေးခွန်းများရှိပါက သင်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ သယ်ဆောင်သူထံသို့ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။

ထောက်ခံမှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကလေးထောက်ပံ့ရေးဌာန (DCS) မှတစ်ဆင့် သင့် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် လျှောက်လွှာရယူရန် www.childsupportonline.wa.gov သို့ လည်ပတ်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဒေသခံ DCS ရုံးသို့ ဆက်သွယ်ပါ။

Washington Apple Health အတွက်သာလျှင်ဖြစ်သော သင့်အခွင့်အရေးများ (ကျွန်ုပ်တို့ ပြုလုပ်ရမည့်အရာများ)

သင် မေးမြန်းတောင်းဆိုပါက သင်၏ အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်များကို သင့်အား ရှင်းပြပေးသည်။

အနည်းဆုံးအနေဖြင့် သင့်အမည်၊ လိပ်စာ၊ နှင့် လက်မှတ် သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူ၏ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် အစရှိသည်တို့ ပါဝင်သည့် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာအား တင်သွင်းရန် သင့်အား ခွင့်ပြုထားသည်။ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာတင်ခြင်းအား ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသည့် နေ့သည် သင်၏ လျှောက်လွှာတင်ခြင်း နေ့စွဲဖြစ်ပြီး သင်၏ လွှဲပြောင်းမှုများ စတင်သက်ရောက်မှု ရှိလာမည် ဖြစ်သည်။ သင့်လွှဲပြောင်းမှုနှင့်ပတ်သက်၍ သင်၏ လျှောက်လွှာကို ပြည့်စုံစွာမဖြည့်ဆည်းပေးသရွေ့အထိ နောက်ဆုံး ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြုလုပ်မည် မဟုတ်ပါ။

WAC 182-503-0005 အောက်၌ စာရင်းပြုစုထားသည့် နည်းလမ်း တစ်ခုခုကို အသုံးပြုပြီး လျှောက်လွှာတင်ရန် သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာတင်ရန် ခွင့်ပြုထားသည်။

သင့် လျှောက်လွှာအား ချက်ချင်း စီမံဆောင်ရွက်ပေးပြီး WAC 182-503-0060 အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် အချိန်ဇယားထက် မကျော်လွန်စေပါနှင့်။

အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို မေးပို့ရန် **သင့်အား ပြက္ခဒိန်ရက် 10 ရက် အချိန်ပေး**ပါသည်။ သင် အချိန်ထပ်မံတောင်းဆိုပါက သင့် အား ကျွန်ုပ်တို့ အချိန် ထပ်ပေးပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့အား အချက်အလက်မပေးပါက သို့မဟုတ် အချိန် ထပ်မံတောင်းဆိုပါက သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ ငြင်းပယ်ခြင်း၊ ပိတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။

သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် သင် အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် အထောက်အထားများ ရယူရန် အခက်အခဲများရှိပါက သင့်အား ကူညီပေးပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုသည့် စာရွက်စာတမ်းအတွက် သင် ငွေကြေး မေးဆောင်ရမည်ဆိုလျှင် ၎င်းအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ပို့ပေးမည်ဖြစ်ပြီး ကုန်ကျစရိတ်အတွက် မေးဆောင်ပေးပါမည်။

ကိစ္စအများစုတွင် သင်၏ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအား **ကျွန်ုပ်တို့ မရပ်လိုက်ဘဲ သင့်အား အနည်းဆုံး 10 ရက် ကြိုတင်** အသိပေးပါသည်။

ကိစ္စအများစုတွင် **သင့်အား ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်းကို** 45 ရက်အတွင်း စာဖြင့် ရေးသား အသိပေးပါသည်။ အချို့သော မသန်စွမ်းသူဆိုင်ရာ ကိစ္စများတွင်မူ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအတွက် 60 ရက်အထိ ကြာမြင့်နိုင်သည်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့်ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို 15 ရက်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ စာဖြင့်ရေးသားပေးပို့ပေးပါသည်။

သင်၏ အမှုကိစ္စကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးပါက စုံစမ်းစစ်ဆေးသူနှင့် **စကား မပြောရန် ငြင်းပယ်ခြင်းအခွင့်ကို** ပေးပါသည်။ သင့်အိမ်ထဲသို့ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူအား ဝင်ရောက်စေရန် မလိုပါ။ စုံစမ်းစစ် ဆေးသူအား နောက်တစ်ကြိမ်အခါမှ မြန်လာရန် သင် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဤသို့တောင်းဆိုမှုသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ထိခိုက်စေ မည် မဟုတ်ပါ။

WAC 182-504-0125 အရ အခြားသော ပရိုဂရမ်တစ်ခု၌ သင် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်သည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ဆုံးဖြတ်နေစဉ်တွင် **Washington Apple Health လွှဲပြောင်းမှုကို ဆက်လက် လုပ် ဆောင်ပါသည်။**

သင် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက **WAC 182-503-0120** ထဲတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း **သင့်အား တန်းတူညီမျှသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးပါသည်။**

Washington Apple Health အတွက်သာလျှင်ဖြစ်သော သင်၏ တာဝန်များ (သင် လုပ်ဆောင်ရမည့်အရာများ)

WAC 182-504-0105 နှင့် WAC 182-504-0110 တို့အရ အပြောင်းအလဲဖြစ်ပေါ်သည့် နေ့စွဲမှစ၍ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း အဆိုပါ အပြောင်းအလဲများအား အစီရင်ခံရမည် ဖြစ်သည်။ မည်သည့် ပြောင်းလဲမှုများအား သင် အစီရင်ခံတင် ပြရမည်ကို ကြည့်ရှုရန် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်စာအား ဖော်ရှုပါ။

သက်တမ်းတိုးရန် မေးမြန်းတောင်းဆိုသည့်အခါ ငြီးစီးလုပ်ဆောင်ပေးပါ။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ပေးဆောင် ပေးရန် လိုအပ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးသူများ၏ အချက်အလက်ကို ပြောပြပါ။

Medicare ကို သင် ရထိုက်ပါက ၎င်းအတွက် လျှောက်ထားပါ။

အရည်အသွေး အာမခံမှု (Quality Assurance) ဝန်ထမ်း ဖြင့်အတူ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် တောင်းဆိုသည့်အခါ ပြုလုပ်ပေးပါ။

Washington Apple Health အာမခံလွှဲပြောင်းမှုအား သင် တောင်းဆိုသည့်အခါတွင် သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိသည့်အခါတွင် အခြားသော အရင်းအမြစ်များမှ ရရှိနိုင်ခြေရှိသော ဝင်ငွေများအား ရရှိနိုင်ရန် **လျှောက်ထားပြီး**

ကျိုးကြောင်းသင့်တော်သော အားထုတ်မှုများ ပြုလုပ်ပေးပါ။

Washington Apple Health အတွက်သာလျှင် သင် သိရှိထားသင့်သည့် အရာများ

Washington Apple Health အား တောင်းဆိုခြင်းနှင့် လက်ခံရရှိခြင်းတို့အားဖြင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုမှန်သမျှသို့ အခွင့်အရေးများ အားလုံးနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တတိယပါတီထံသို့ ပေးချမှု အခွင့်အရေး မှန်သမျှအား **Washington** ပြည်နယ်ထံသို့ သင် မေးအပ်လိုက်ခြင်း ဖြစ်သည်။

အေဂျင်စီ သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း မှတ်တမ်းကို ကလေး သူငယ် ကိုယ်ရေးရာဇဝင် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း မြေရာခံ စနစ် (Child Profile Immunization Tracking System) တွင် ဝေမျှနိုင်သည်။

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှု၊ ငွေကြေးအကူအညီ၊ အစားအစာ အကူအညီ နှင့် ကလေး စောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့ငွေ ကဲ့သို့သော ပရိုဂရမ်များအတွက် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့်များ နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် **သင် အစီရင်ခံတင်ပြသည့် အချက်အလက်များကို** DSHS သို့ တင်ပြနိုင်သည်။

ဥပဒေအရ Washington ပြည်နယ်သည် ၎င်းတို့ ပေးဆောင်ပေးသည့် ဆေးဘက် ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ အချို့အတွက် သင်၏အမွေဥစ္စာမှ အိမ်ရာပြန်လည် ရရှိရေး (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 နှင့် အခန်း 182-527 WAC) မှတစ်ဆင့် ပြန်လည်ရယူနိုင်သည်။ အိမ်ခြံမြေပြန်လည်ရယူခြင်းသည် သင်၊ သင်၏ အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့အသက် 21 အောက်သို့အထက် သားသမီး မသေဆုံးခင်အထိ အကျိုးမဝင်ပါ။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့ကလေးသည် သင့် သေဆုံးမှုအချိန်၌ မျက်မမြင်/မသန်မစွမ်း ဖြစ်ခဲ့ပါကလည်း ၎င်းသည် မဖြစ်ပေါ်နိုင်ပါ။ အကျိုးဝင်သည့် ကုန်ကျစားရိတ်များမှာ-

- သင် ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိသည့်အချိန်၌ သင်သည် အသက် 55 နှစ် သို့မဟုတ် ထို့အထက် ရှိပါက အချို့သော Washington Apple Health ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှု များ နှင့် ပံ့ပိုးမှုများ၊
- ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် လက်ခံရရှိသည့်အချိန်၌ သင်၏ အသက်အရွယ်ကို မခွဲခြားဘဲ အချို့သော နိုင်ငံတော်တစ်ခုတည်းအတွက် ရန်ပုံငွေ ဝန်ဆောင်မှုများ

ကျွန်ုပ်တို့၏ ပြန်လည်ရရှိရန် စာရင်းများကို WAC 182-527-2742 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်သည်။ ပြန်လည်ရရှိရန် ဖယ်ထုတ်ထားသည့် ပိုင်ဆိုင်မှု စာရင်းများကို WAC 182-527-2746 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်သည်။

သင်သည် အမြဲတမ်းအဖွဲ့ဝင်ဖြစ်လာပါက သင်မသေဆုံးမှီ မည်သည့်အသက်အရွက်တွင်မဆို နိုင်ငံတော်မှ သင်၏ပိုင်ဆိုင်မှုကို အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည် (WAC 182-527-2734)။ နိုင်ငံတော်မှ ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ သို့မဟုတ် အမွေဥစ္စာ ကို အောက်ပါ အခြေအနေမှလျှို့ ရောင်းချခြင်းမှ ပြန်လည်ရယူနိုင်သည်။

- ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ၌ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်က နေထိုင်ခြင်း၊
- ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ၌ ပူးတွဲပိုင်ဆိုင်သူ၊ သင့် မောင်နှမက နေထိုင်ပြီး အချို့သော အခြေအနေများနှင့် ကိုက်ညီမှု ရှိခြင်း၊
- ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ၌ မျက်မမြင်/မသန်မစွမ်း ဖြစ်ခြင်း သင့် ကလေး နေထိုင်ခြင်း သို့မဟုတ်
- ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ၌ အသက် 21 နှစ်အောက်ဝယ်သော သင့် ကလေး နေထိုင်ခြင်း။

ကြိုတင် သေဆုံးမှု အကြေး ကုန်ကျစရိတ် ပြန်လည်ရရှိရန် စာရင်းများကို WAC 182-527-2734 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်သည်။

ပံ့ပိုးပေးသူများထံမှ မလိုအပ်သော ကျွန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် တောင်းခံပါက သင့်အား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးသူ၊ ဆေးဆိုင်၊ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးရုံ တစ်ခုကိုသာ ကန့်သတ်ခံရနိုင်သည်။

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

[Amharic] የቋንቋ 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 ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 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)。

[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, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

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

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

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 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] ተርጓሚዎችን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ 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).

Washington Apple Health လျှောက်လွှာ

သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင်၊ မသန်စွမ်းသူ/ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ပံ့ပိုးမှုများ အတွက်

1 လျှောက်တင်သူ အမည် နှင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်

အမည်ပထမစာလုံး (ကိုယ်တိုင်) _____ M.I. _____ အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး _____

အသုံးပြုသူ ID နံပါတ် (အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင်) _____ လျှောက်ထားသူ၏ (သို့) ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် _____

သင် နေထိုင်သည့် လိပ်စာ (လိုအပ်သည်) _____

ကောင်တီ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____

သင့်တွင် ရုပ်ဝတ္ထုပြန်သော လိပ်စာ မရှိလျှင် ဤသေတ္တာကွက်အား စစ်စစ်

စာပို့လိပ်စာ (မတူပါက) _____

ကောင်တီ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____

မူလ ဖုန်းနံပါတ် _____ ဆဲလ် _____ အီးမေးလ် _____

ဝန်ဆောင်မှုအဆောက်အအုံအတွင်း နေထိုင်ပြီး အကယ်၍ အထက်ပါနှင့် မတူပါလျှင် အဆောက်အအုံ၏ အမည် နှင့် လိပ်စာကို ရေးပါ -

ဝန်ဆောင်မှုအဆောက်အအုံ၏ အမည် _____

ဝန်ဆောင်မှုအဆောက်အအုံ၏ လိပ်စာ _____

ကောင်တီ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____



18005

ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုထံမှ တစ်စုံတစ်ဦးက လျှောက်ထားသည်မှာ -

အိမ်တွင်း ပြုစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ

သက်ကြီးရွယ်အို မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်မစွမ်းခြင်း အတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု

နေထိုင်မှု အဆောက်အအုံအတွက် အကူအညီ/သက်ကြီး မိသားစု အိမ်ရာ

ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုစောင့်ကြည့်ခြင်း ပရိုဂရမ်

ဘိုးဘွားရိပ်သာ စောင့်ရှောက်မှု

မသန်စွမ်း လုပ်သားများအတွက် Apple Health (HWD)-

သက်ကြီးများအတွက် အဝင်ခွင့်ကျ အထောက်အပံ့များ (TSOA)

ယခုလမတိုင်မှီ 3 လ အတွင်း မပေးချေရသေးသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်တွင် ကူညီပေးဆောင်ပေးရန် သင် သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးဦးအတွက်သည် အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။

ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ခဲ့ပါက၊ မည်သို့ဖြစ်သည်ကို ဖော်ပြပါ -

သင် (သို့) သင် လျှောက်ထားပေးသောသူသည် စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ (သို့) စာရွက်စာတမ်းများအား အခြားဘာသာစကားဖြင့် ရရှိလိုပါသလား။ ဟုတ် ဟင်အင်း

အကယ်၍ ရရှိလိုလျှင် မည်သည့်ဘာသာစကားနည်း သို့မဟုတ် မည်သည့်ပုံစံဖြင့်နည်း။ သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးအား စာရင်းပြုစေပါပေးပါ။

၎င်းတို့အတွက် လျှောက်ထားခြင်းမဟုတ်သည့်တိုင် သင်ကိုယ်တိုင်၊ အိမ်ထောင်ဖက် နှင့် သင်နှင့်အတူ နေထိုင်သော မိသားစုများအား စာရင်းပြုစေပါ (လိုအပ်လျှင် အပိုစာရွက်များဖြင့် ပူးတွဲ ပေးပို့ပါ)

ကိုယ်တိုင်

အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး)

မွေးဖွားစဉ် လိင်သတ်မှတ်ချက်

သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ

မွေးနေ့

လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)*

ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် သင် အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းလိုအပ်ပါသလား။

ဟုတ် ဟင်အင်း

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. နိုင်ငံသား

ဟုတ်

ဟုတ်

Washington ၌ နေထိုင်သူ

ဟုတ်

ဟင်အင်း

သင်သည် ဟစ်ပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန် မူလ ဖြစ်ပါသလား (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား

မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာဂို

စပန်းနစ်/ဟစ်ပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြား စပန်းနစ်/ဟစ်ပန်းနစ်

ပူရတို ရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည့် ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်ပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း

တရုတ်

ကိုးရီးယား

ထိုင်း

အာရှ

ဖိလစ်ပိုင်

လာအို

ဗီယက်နမ်

အာရှ အိန္ဒိယ

ဥာမေးနီးယန်း

အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား

လူဖြူ

လူမည်း (သို့) အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေယံ	အခြား လူမျိုး
ကမ္ဘာ့အိန္ဒိယ	ဂျပန်	စပိန်

အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး) မွေးဖွားစဉ် လိင်သတ်မှတ်ချက် သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)* ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် သင် အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံလုပ်ပါသလား။ ဟုတ် ဟင်အင်း

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)
 U.S. နိုင်ငံသား ဟုတ် ဟင်အင်း Washington ဌာနထိုင်သူ ဟုတ် ဟင်အင်း

သင်သည် တစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန် မူလ ဖြစ်ပါသလား (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာဂို စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
 အခြား စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် ပရူဝို ရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည့် ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်ပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း	တရုတ်	ကိုးရီးယား	ထိုင်း
အာရှ	ဖိလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှအိန္ဒိယ	ဥရမေးနီးယန်း	အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း (သို့) အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘာ့အိန္ဒိယ	ဂျပန်	စပိန်	

အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး) မွေးဖွားစဉ် လိင်သတ်မှတ်ချက် သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ မွေးနေ့

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)* ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် သင် အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံလုပ်ပါသလား။ ဟုတ် ဟင်အင်း

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)
 U.S. နိုင်ငံသား ဟုတ် ဟင်အင်း Washington ဌာနထိုင်သူ ဟုတ် ဟင်အင်း

သင်သည် တစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန် မူလ ဖြစ်ပါသလား (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာဂို စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
 အခြား စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် ပရူဝို ရီကန်

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည့် ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်ပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း	တရုတ်	ကိုးရီးယား	ထိုင်း
အာရှ	ဖိလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဥရောပနီးယန်း	အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း (သို့) အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်	

အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး) _____ မွေးဖွားစဉ် လိင်သတ်မှတ်ချက် _____ သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ _____ မွေးနေ့ _____

လူမှုစာရင်းစနစ် (SSN)* _____ ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် သင် အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံလိမ့်မည်။ _____ ဟုတ် _____ ဟင်အင်း _____

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. နိုင်ငံသား _____ ဟုတ် _____ ဟင်အင်း _____ Washington ဌာနကိုင်သူ _____ ဟုတ် _____ ဟင်အင်း _____

သင်သည် ဖက်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန် မူလ ဖြစ်ပါသလား (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား _____ မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာဂို _____ စပန်းနစ်/ဟင်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြား စပန်းနစ်/ဟင်စပန်းနစ် _____ ပရုတ် ရိကန် _____

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည့် ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်ပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း	တရုတ်	ကိုးရီးယား	ထိုင်း
အာရှ	ဖိလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဥရောပနီးယန်း	အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း (သို့) အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်	

အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး) _____ မွေးဖွားစဉ် လိင်သတ်မှတ်ချက် _____ သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ _____ မွေးနေ့ _____

လူမှုစာရင်းစနစ် (SSN)* _____ ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် သင် အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံလိမ့်မည်။ _____ ဟုတ် _____ ဟင်အင်း _____

နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်မှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. နိုင်ငံသား _____ ဟုတ် _____ ဟင်အင်း _____ Washington ဌာနကိုင်သူ _____ ဟုတ် _____ ဟင်အင်း _____

သင်သည် ဖက်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန် မူလ ဖြစ်ပါသလား (ရွေးချယ်နိုင်သော)

ကျား _____ မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာဂို _____ စပန်းနစ်/ဟင်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ

အခြား စပန်းနစ်/ဟင်စပန်းနစ် _____ ပရုတ် ရိကန် _____

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည့် ငါးခုအထိအား ရွေးချယ်ပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း	တရုတ်	ကိုးရီးယား	ထိုင်း
အာရှ	ဖိလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဥရောပနီးယန်း	အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း (သို့) အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်	

* HCA သည် ဤအချက်အလက်များအား လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အေဂျင်စီထံသို့ မှုဝေမည်မဟုတ်ပေ။ သင့်တွင် SSN မရှိလျှင် ဤစာမျက်နှာအား ကွက်လပ် ချန်ထားပါ။

6 အထွေထွေ အချက်အလက်များ

1. ပြီးခဲ့သည့် 30 ရက်တွင် ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုထဲမှ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းမိုးမှုကို အခြား ပြည်နယ်၊ လူမျိုးနွယ်စု သို့မဟုတ် အခြား အရေးအကြီးမှ လက်ခံ ရရှိခဲ့သည်။

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ အကယ်၍ ဟုတ်လျှင် ရှင်းပြပါ _____

2. ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုထဲမှ တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားသော ပြည်နယ်မှ အပိုဆောင်း လုံခြုံရေး ဝင်ငွေကို လက်ခံရရှိခဲ့သည်။

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက မည်သူ ဆိုသည်ကို ဖော်ပြပါ _____

3. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုထဲမှ တစ်စုံတစ်ဦးသည် စပွန်ဆာရရှိသော ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက မည်သူ ဆိုသည်ကို ဖော်ပြပါ _____

4. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုထဲမှ တစ်စုံတစ်ဦးသည် U.S. ကြည်းရေလေ တပ်မတော်၊ အမျိုးသား အစောင့်တပ်ဖွဲ့ သို့မဟုတ် အရန်တပ်ဖွဲ့ ထဲတွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့သည့် သို့မဟုတ် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့သူ၏ ဖခင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက မည်သူ ဆိုသည်ကို ဖော်ပြပါ _____

5. ကျွန်ုပ်နှင့်အတူ မနေထိုင်သည့် အခွန်ဖိုခိုသူတစ်ဦး ကျွန်ုပ်၏ လျှောက်လွှာထဲတွင် မထည့်ရသေးပါ။

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက အခွန်ဖိုခိုသူ၏ အမည်(များ)ကို ဖော်ပြပါ _____

6. ကျွန်ုပ်သည် - အိမ်ထောင်မရှိ လက်ထပ်ပြီး အိမ်ထောင်ဖက်နှင့်အတူ နေထိုင်သည် လက်ထပ်ပြီး အိမ်ထောင်ဖက်နှင့်အတူ မနေထိုင်ပါ ကွာရှင်းပြတ်ခဲခြင်း မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ ဖြစ်သည် မှတ်ပုံတင်ထားသော အိမ်ထောင်စု မိတ်ဖက် တရားဝင်ကွဲနေခြင်း

7 ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေ (အထောက်အထား ပူးတွဲပါ)

ရှာဖွေရရှိသော ဝင်ငွေဆိုသည်မှာ ဝန်ထမ်းအလုပ်မှ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ ရရှိသော ဝင်ငွေဖြစ်ပြီး၊ အချို့ ဥပမာများ* ဝါဝင်သည်များမှာ

ဝန်ထမ်းအလုပ်

- လျှောက်လွှာဖောင် W-2, သေတ္တာကွက် 1 တွင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်များ ထိန်းသိမ်းခံရသော လုပ်ခများ၊ လခများ သို့မဟုတ် ဘောက်ဆူးများ
- တောက်တိုမယ်ရ ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် တာဝန်များ ဆောင်ရွက်ခြင်း
- အွန်လိုင်းပေါ်တွင် ကုန်ပစ္စည်းများ ရောင်းချခြင်း
- တီထွင်ဖန်တီးမှုရှိသော သို့မဟုတ် ပရော်ဖက်ရှင်နယ် ဝန်ဆောင်မှုများအား ထောက်ပံ့ခြင်း

- အခြားသော ယာယီ အရေးပေါ်လိုအပ်နေသော သို့မဟုတ် အလွတ်တန်း အလုပ်တာဝန် ထောက်ပံ့ပေးခြင်း
- ဘောနပ်စ်များ နှင့် ကော်မရှင်ကြေး
- ပင်စင် အစီအစဉ် မေးချေမှုများ
- သမ္မဂ ဆန္ဒပြမှုမှ အကျိုးခံစားခွင့်များ
- သင်၏ အလုပ်ရှင်မှ အခွန်ခ ထိန်းသိမ်းထားခြင်း မပြုသည့် အလုပ်တစ်ခုမှ ဝင်ငွေ (အလွတ်တန်းအလုပ် ကဲ့သို့သော)
- ဘွတ်ကင်တင်ထားသည့် ကားငှားသူများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းဆိုင်ရာများအတွက် ကားမောင်းပေးခြင်း

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်

- စီးပွားရေးလုပ်ငန်းတစ်ခုအား ပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် စီမံလည်ပတ်သည်
- လယ်ယာလုပ်ငန်းတစ်ခုအား ပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် စီမံလည်ပတ်သည်
- ဘာသာရေးအဖွဲ့ တစ်ခု၏ သာသနာဝန်ကြီး သို့မဟုတ် ဘာသာရေးအဖွဲ့ဝင်
- အိမ်ယူလုပ်ဆောင်သော လုပ်ငန်းဖြစ်ပြီး ဝင်ငွေရရှိသည့်

1. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမေးသည့်သူထံ၌ အလုပ်မှ ဝင်ငွေ ရှိပါသည် ဟုတ် မဟုတ်ပါ၊ ဟုတ်လျှင်၊ ကျေးဇူးပြုပြီး ဤအပိုင်းအား ဖြည့်ပေးပါ။

2. _____ အလုပ်ရှင်၏ အမည် _____ အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

ဒီဝင်ငွေကို ဘယ်သူရှာပါသလဲ- _____ ဒီအလုပ်သည်ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဟုတ်ပါသလား၊ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

စတင်သည့်ရက်စွဲ _____

လက်ခံရရှိငွေ စုစုပေါင်းပမာဏ (နုတ်ယူခြင်းများမလုပ်ခင် ခေါ်လာပမာဏ) _____အား နာရီ ရက်သတ္တပတ် နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ်ဖြင့်

တစ်လနှစ်ကြိမ် လစဉ်

တစ်ပတ်လျှင် နာရီပေါင်း _____ ငွေပေးချေသည့်ရက်စွဲ (ဥပမာ - 1 ရက်နေ့ နှင့် 15 ရက်မြောက်နေ့၊ သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)

3. _____ အလုပ်ရှင်၏ အမည် _____ အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

ဒီဝင်ငွေကို ဘယ်သူရှာပါသလဲ- _____ ဒီအလုပ်သည်ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဟုတ်ပါသလား၊ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

စတင်သည့် ရက်စွဲ _____

လက်ခံရရှိငွေ စုစုပေါင်းပမာဏ (နုတ်ယူခြင်းများမလုပ်ခင် ခေါ်လာပမာဏ) _____အား နာရီ ရက်သတ္တပတ် နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ်ဖြင့်

တစ်လနှစ်ကြိမ် လစဉ်

8 အခြားဝင်ငွေ (အိမ်သူအိမ်သားအားလုံးအတွက်) (အထောက်အထားကို ပူးတွဲဖော်ပြပါ)

- အခြားဝင်ငွေ၏ဥပမာများမှာ-
 - ကလေးထောက်ပံ့စားရိတ် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဘက်၏ထောက်ပံ့မှု
 - ပညာရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ (ကျောင်းသားချေးငွေများ၊ ထောက်ပံ့ကြေးများ၊ အလုပ်တစ်ဖက်-ကျော ငွေတစ်ဖက်)
 - ပိုမိုရသောဝင်ငွေ
 - လက်ထောက်များ (ငွေသားထောက်ပံ့မှု/လက်ဆောင်ကိစ္စများ)
 - အတိုးများ/အမြတ်ဝေစုများ
 - အလုပ်သမားနှင့် စက်မှုလက်မှုလုပ်ငန်းများ (L&I)
 - အငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ
 - ငှားရမ်းခြင်းဝန်ဆောင်မှုမှ ဝင်ငွေ
 - အငြိမ်းစား သို့မဟုတ် ပင်စင်စား
 - အရောင်းစာချုပ်များ/ငွေပေးချေရန် ဂတိစာချုပ်
 - လှူဒါန်းမှုများ
 - အနီးရ ထောက်ပံ့ကြေးဝင်ငွေ (SSI)
 - လူမျိုးစုဝင်ငွေ
 - ယုံမှတ်အပ်နှံငွေများ
 - အလုပ်လက်ခံမှုအား အစိုးရမှထောက်ပံ့ကြေး
 - စစ်မှုထမ်းမဟောင်း (VA) သို့မဟုတ် စစ်တပ်အကျိုးခံစားခွင့်များ
 - အခြား
- သင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် အခြားမည်သူမဆို လက်ခံရယူရန် လျှောက်ထားသော အခြားဝင်ငွေများကို စာရင်းပြုစုပါ။

အခြား ဝင်ငွေအမျိုးအစား	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ
_____	_____	_____	_____	_____
အခြား ဝင်ငွေအမျိုးအစား	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ
_____	_____	_____	_____	_____
အခြား ဝင်ငွေအမျိုးအစား	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ
_____	_____	_____	_____	_____
အခြား ဝင်ငွေအမျိုးအစား	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ	မည်သူကဝင်ငွေများကို ရပါသလဲ	လစဉ်ရရှိသောစုစုပေါင်းပမာဏ
_____	_____	_____	_____	_____

3. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်မိသားစုမှ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် နှစ်စဉ်ရန်ပုံငွေစနစ်မှဝင်ငွေများကို လက်ခံရရှိပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

ရန်ပုံငွေကို မည်သူပိုင်သနည်း	ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း	ပမာဏ သို့မဟုတ် တန်ဖိုး	လစဉ်ဝင်ငွေ	ဝယ်ယူခဲ့သည့်နေ့စွဲ
ရန်ပုံငွေကို မည်သူပိုင်သနည်း	ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း	ပမာဏ သို့မဟုတ် တန်ဖိုး	လစဉ်ဝင်ငွေ	ဝယ်ယူခဲ့သည့်နေ့စွဲ

9 အထောက်အအုံစားရိတ် (LTSS အတွက် လျှောက်ထားပါက အထောက်အထားကို ပူးတွဲဖော်ပြပါ)

ပူးတွဲခြင်း	ပေါင်နှံခြင်း	နေရာလွတ်ငှားရမ်းခြင်း	အိမ်ပိုင်ရှင်များ အဖွဲ့	ပိုင်ဆိုင်မှုအခွန်အခများ	အခြားဝန်ဆောင်ခများ
-------------	---------------	-----------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------

ဤစရိတ်များ အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအား ပေးချေပေးသည့် ထောက်ပံ့အိမ်ရာကိုသို့သော အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် အခြားသူထံမှ သင် အကူအညီများ လက်ခံရရှိပါသလား။

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက မည်သူ ဆိုသည်ကို ဖော်ပြပါ _____

10 နှုတ်ယူခြင်းများ

1. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့သည် ပေးချေရမည့် သို့မဟုတ် ပေးချေရန်လက်ခံပါသည်။

ကလေးသို့မဟုတ် သက်ကြီးရွယ်အို စောင့်ရှောက်ခြင်း	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူပေးချေပါသလဲ
ကလေးထောက်ပံ့ရေးကို တရားရုံးမှချမှတ်ခဲ့သည်	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူပေးချေပါသလဲ
ငွေလက်ခံသူဝန်ဆောင်ခ	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူပေးချေပါသလဲ
အုပ်ထိန်းသူ ဝန်ဆောင်ခ	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူပေးချေပါသလဲ
ရှေ့နေဝန်ဆောင်ခကို တရားရုံးမှချမှတ်ခဲ့သည်	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူပေးချေပါသလဲ
ပြန်ထပ်ဆေးကုသစားရိတ်များ (သင်ပေးဆောင်ထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံချက်များပါဝင်ပါသည်)	လစဉ်ပမာဏ	မည်သူပေးချေပါသလဲ

2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့သည် ကျန်းမာရေးအတွက်ကုန်ကျစားရိတ်များအတွက် အကြွေးတင်နေပါသလား။

ကျန်းမာရေးကုန်ကျစားရိတ်အမျိုးအစား	အကြွေးတင်သည့်နေ့စွဲ	အကြွေးတင်သည့်ပမာဏ	မည်သူအကြွေးတင်ပါသနည်း
ကျန်းမာရေးကုန်ကျစားရိတ်အမျိုးအစား	အကြွေးတင်သည့်နေ့စွဲ	အကြွေးတင်သည့်ပမာဏ	မည်သူအကြွေးတင်ပါသနည်း
ကျန်းမာရေးကုန်ကျစားရိတ်အမျိုးအစား	အကြွေးတင်သည့်နေ့စွဲ	အကြွေးတင်သည့်ပမာဏ	မည်သူအကြွေးတင်ပါသနည်း

3. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့တွင် မသန်စွမ်းမှုရှိကာ အလုပ်လုပ်နေပြီး အလုပ်အကိုင်ကိုထောက်ပံ့နေရသော ကုန်ကျစားရိတ်ရှိပါသည်။ ဤအရာကိုချို့ယွင်းမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော အလုပ်ကုန်ကျစားရိတ် (IRWE) ဟု ခေါ်သည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။ ရှိပါက၊ IRWE ပမာဏကို ဖော်ပြပါ _____

11 အရင်းအနှီးများ (အထောက်အထားနှင့်တကွဖော်ပြပါ)

(Medicare Savings Program (MSP) အစီအစဉ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသည့်အလုပ်သမားများအတွက် Apple Health (HWD) အား လျှောက်ထားခြင်းသာ ဖြစ်လျှင် ဤအပိုင်းအား ကျော်သွားပါ)

1. အရင်းအနှီးဆိုသည်မှာ သင်ပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် ရောင်းချနိုင်သည့် ကုန်သွယ်နိုင်သည့် သို့မဟုတ် ငွေသား သို့မဟုတ် ငွေအဖြစ် ပြောင်းလဲနိုင်သည့် မည်သည့်အရာမဆိုဖြစ်သည်။ ပရီမီယံ၊ အိမ်သုံးပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် အဝတ်အစား အစရှိသည့် တစ်ကိုယ်ရေပိုင်ဆိုင်မှုများသည် အရင်းအနှီးတွင် မပါဝင်ပါ။ အရင်းအနှီးများ၏ ဥပမာအချို့မှာ-

- ငွေသား
- စာရင်းရှင်အပ်ငွေအကောင့်များ
- စုငွေအကောင့်များ
- စီဒီများ
- ငွေကြေးဈေးကွက်အကောင့်
- စုဆောင်းခြင်းဘွန်ခံ
- ဘွန်ခံ
- ရင်းနှီးအပ်ငွေများ
- စတော့ ရှယ်ယာ
- ရန်ပုံငွေ
- ယုံမှတ်အပ်နှံငွေများ
- IRA
- 401K
- အငြိမ်းစားရန်ပုံငွေ
- အိမ်များ၊ သင်နေထိုင်လျက်ရှိသည့်အိမ်အပါအဝင်
- သင်္ဂြိုဟ်ခြင်းအတွက် ထောက်ပံ့ကြေး
- ကွန်ဒို
- မြေ
- အရောင်းအဝယ်စာချုပ်
- အထောက်အအံ့များ
- အိမ်ရာမြေကွက်
- အသက်အာမခံကြေး
- ကြိုတင်ပေးချေထားသည့်သင်္ဂြိုဟ်ခြင်းအစီအစဉ်
- ကောလိပ်ထောက်ပံ့ကြေး
- အချိန်နှင့်ပိုင်ဆိုင်သည့်ဝေစု
- စီးပွားရေးကိရိယာတန်ဆာပလာများ
- လယ်ကိရိယာတန်ဆာပလာများ
- မြေပေးတိရစ္ဆာန်များ

2. သင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့၏ ပိုင်ဆိုင်မှု သို့မဟုတ် ဝယ်ယူရန်ရှိသည့်အရာများ-

အရင်းအနှီး အမျိုးအစား	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး
အရင်းအနှီး အမျိုးအစား	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး
အရင်းအနှီး အမျိုးအစား	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး
အရင်းအနှီး အမျိုးအစား	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး	မည်သူပိုင်ဆိုင်သည်	နေရာ	တန်ဖိုး

3. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့တွင် ကား၊ ကုန်ကား၊ ဗင်န်ကား၊ လှေ၊ RV၊ နောက်တွဲယဉ်၊ သို့မဟုတ် အခြားမော်တော်ယာဉ်များရှိပါသည်။

ရန်ပုံ (ဥပမာ., 2010)	အမျိုးအစား (ဥပမာ., Ford)	မော်ဒယ် (ဥပမာ., Escort)	ပိုင်ဆိုင်သည့်ပမာဏ
ငှားရမ်းထားခြင်းဟုတ်မဟုတ် စစ်ဆေးရန်	ကျန်းမာရေးအတွက် အသုံးပြုရန်ဟုတ်မဟုတ် စစ်ဆေးရန်		
ရန်ပုံ (ဥပမာ., 2010)	အမျိုးအစား (ဥပမာ., Ford)	မော်ဒယ် (ဥပမာ., Escort)	ပိုင်ဆိုင်သည့်ပမာဏ
ငှားရမ်းထားခြင်းဟုတ်မဟုတ် စစ်ဆေးရန်	ကျန်းမာရေးအတွက် အသုံးပြုရန်ဟုတ်မဟုတ် စစ်ဆေးရန်		

12 ထပ်တိုး LTSS အရင်းအနှီး

1. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့တွင် မူလနေထိုင်နေသည့် ပိုင်ဆိုင်သော သို့မဟုတ် ဝယ်ယူရန်ရှိသော အိမ်ရှိသည်-

ပိုင်ဆိုင်မှုလိပ်စာ	လက်ရှိတန်ဖိုး (အကဲဖြတ်သူဖော်ပြချက်အရ)	ပိုင်ဆိုင်မှုအပေါ်ချေးထားသည့်ပမာဏ
ပိုင်ဆိုင်မှုလိပ်စာ	လက်ရှိတန်ဖိုး (အကဲဖြတ်သူဖော်ပြချက်အရ)	ပိုင်ဆိုင်မှုအပေါ်ချေးထားသည့်ပမာဏ

2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်ဘက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ယောက်တို့တွင် လွန်ခဲ့သောငါးနှစ်အတွင်း ရောင်းချထားသော၊ ကုန်သွယ်ထားသော သို့မဟုတ် လွှဲပြောင်းထားသော (ပိုင်ဆိုင်မှုအတွက်ယုံမှတ်အပ်နှံငွေ၊ ယာဉ်များ၊ ငွေသား၊ သို့မဟုတ် အိမ်ရာမြေကွက်တို့အပါအဝင် အရင်းအနှီးရှိပါသလား။) ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ရှိပါက အောက်ပါတို့ကိုဖြည့်စွက်ပါ။ (လိုအပ်ပါက ထပ်တိုးစာရွက်များဖြည့်ပေးတွဲဖော်ပြပါ)

အရင်းအနှီးအမျိုးအစား	လွှဲပြောင်းသည့်နေ့စွဲ	လွှဲပြောင်းသည့်အရင်းအနှီးတန်ဖိုး	မည်သူဆီသို့ပြောင်းလှိုက်သနည်း
အရင်းအနှီးအမျိုးအစား	လွှဲပြောင်းသည့်နေ့စွဲ	လွှဲပြောင်းသည့်အရင်းအနှီးတန်ဖိုး	မည်သူဆီသို့ပြောင်းလှိုက်သနည်း

13 ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှုအာမခံချက် (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက်ငွေစုအစီအစဉ်များမလိုအပ်ပါ)

ကျွန်ုပ်/ ကျွန်ုပ်တို့တွင် ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှုအာမခံချက်ရှိပါသလား။ ရှိပါသည် မရှိပါ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော LTC အစုစပ် (LTCF) မူဝါဒ ဟုတ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ/ဟုတ်ပါက အာမခံကုမ္ပဏီ၏အမည်များနှင့် မည်သူ့အတွက်ဖြစ်သည်ကို စာရင်းဖြင့်ဖော်ပြပါ။

အာမခံကုမ္ပဏီ	မူဝါဒအမှတ်စဉ်	မူဝါဒကိုင်ဆောင်ထားသူအမည်	စောင့်ရှောက်ခံရသူ	ဒေါ်လာတန်ဖိုး (LTCF) ဖြစ်ပါက
အာမခံကုမ္ပဏီ	မူဝါဒအမှတ်စဉ်	မူဝါဒကိုင်ဆောင်ထားသူအမည်	စောင့်ရှောက်ခံရသူ	ဒေါ်လာတန်ဖိုး (LTCF) ဖြစ်ပါက

ဤလျှောက်လွှာအတွက် ဖြည့်စွက်မည့် ထပ်တိုးမှတ်ချက်များကို အချက်အလက်များပါသည့်စာရွက်နှင့်ပူးတွဲဖော်ပြရန်။

14 ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် အချက်အလက်

အိမ်ထောင်စု အခြေအနေများ ကို နားလည်သိကျွမ်းသူ သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုတစ်စုက အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များဖြင့် အိမ်ထောင်စု၏ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် တာဝန်ပေးအပ်ထားသူ စသည့် အရွယ်ရောက်သူတစ်ဦးဦးက တာဝန်ရှိ ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် ဆောင်ရွက် နိုင်ပါသည်။

တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်ကို ခန့်အပ်ခြင်းဖြင့် သင်သည် သင်၏ တာဝန်ရှိ ကိုယ်စားလှယ်အား အောက်ပါတို့ကို ဆောင်ရွက်ရန် ခွင့်ပြုချက်ပေးလိုက် ဖြစ်ခြင်းပါသည်။

- သင့်ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးခြင်း။
- သင့်လျှောက်လွှာ နှင့် အကောင်တို့နှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အသိပေးစာများကို လက်ခံရယူခြင်း။ နှင့်
- လျှောက်လွှာ နှင့် အကောင် တို့နှင့်ဆက်စပ်နေသည့် ကိစ္စရပ်များအားလုံး အတွက် သင့်ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်နိုင်ခြင်း။

1. သင့်အနေဖြင့် တာဝန်ရှိ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးကို ခန့်အပ်ပါမည်လား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
2. သင့်လျှောက်လွှာ နှင့် အကောင်တို့နှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အသိပေးစာများကို သင့် တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်က လက်ခံရယူရန် ခွင့်ပြုပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
3. ယခု တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်အနေဖြင့် ဥပဒေရေးရာ အုပ်ထိန်းမှု ရှိပါသလား။
 ရှိပါသည် မရှိပါ ဟုတ်ပါက မည်သူ့အတွက်နည်း။ _____
4. ယခု တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်အနေဖြင့် ရှေ့နေ အာဏာ ရှိပါသလား။
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက မည်သူ့အတွက်နည်း။ _____

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် အမည် / အဖွဲ့အစည်း

စုန်းနံပါတ် _____ အီးမေးလ် လိပ်စာ _____

ခွင့်ပြုချက်ရကိုယ်စားလှယ်၏ စာထိုးလိပ်စာ

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှုတို့အတွက် နိုင်ငံတော်သို့ ပြန်လည်အကြွေးဆပ်မည်-

ဥပဒေအရ Washington ပြည်နယ်သည် ၎င်းတို့ ပေးဆောင်ပေးသည့် ဆေးဘက် ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ အချို့အတွက် သင်၏အမွေဥစ္စာမှ အိမ်ရာပြန်လည် ရရှိရေး (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 နှင့် အခန်း 182-527 WAC) မှတဆင့် ပြန်လည်ရယူနိုင်သည်။ အိမ်ခြံမြေပြန်လည်ရယူခြင်းသည် သင်၊ သင်၏အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ကျန်ရစ်သူအသက် 21 အောက် သို့အထက် သားသမီး မသေဆုံးခင်အထိ အကျုံးမဝင်ပါ။ အကယ်၍ ကျန်ရစ်သူ ကလေးသည် သင့် သေဆုံးမှုအချိန်၌ မျက်မမြင်/မသန်မစွမ်း ဖြစ်ခဲ့ပါကလည်း ၎င်းသည် မဖြစ်ပေါ်နိုင်ပါ။ အကျုံးမဝင်သည့် ကုန်ကျစားရိတ်များမှာ-

သင် ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိသည့်အချိန်၌ သင်သည် အသက် 55 နှစ် သို့မဟုတ် ထို့အထက် ရှိပါက အချို့သော Washington Apple Health ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ပံ့ပိုးမှုများ၊ ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် လက်ခံရရှိသည့် အချိန်၌ သင်၏ အသက်အရွယ်ကို မခွဲခြားဘဲ အချို့သော နိုင်ငံတော်တစ်ခုတည်းအတွက် ရန်ပုံငွေ ဝန်ဆောင်မှုများ

ကုန်ကျစရိတ် ပြန်လည်ရရှိရန် စာရင်းများကို WAC 182-527-2742 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်သည်။ ပြန်လည်ရရှိရန် ဖယ်ထုတ်ထားသည့် ပိုင်ဆိုင်မှု စာရင်းများကို WAC 182-527-2746 အောက် တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်သည်။

သင်သည် အမြဲတမ်းအဖွဲ့ဝင်ဖြစ်လာပါက သင်မသေဆုံးမှီ၊ မည်သည့်အသက်အရွက်တွင်မဆို၊ နိုင်ငံတော်မှ သင်၏ပိုင်ဆိုင်မှုကို အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည် (WAC 182-527-2734)။ နိုင်ငံတော်မှ ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ သို့မဟုတ် အမွေဥစ္စာ ကို အောက်ပါ အခြေအနေမှလျှော့ချ ရောင်းချခြင်းမှ ပြန်လည်ရယူနိုင်သည် -

သင်သည် အမြဲတမ်းအဖွဲ့ဝင်ဖြစ်လာပါက သင်မသေဆုံးမှီ၊ မည်သည့်အသက်အရွက်တွင်မဆို၊ နိုင်ငံတော်မှ သင်၏ပိုင်ဆိုင်မှုကို အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည် (WAC 182-527-2734)။ နိုင်ငံတော်မှ ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ သို့မဟုတ် အမွေဥစ္စာ ကို အောက်ပါ အခြေအနေမှလျှော့ချ ရောင်းချခြင်းမှ ပြန်လည်ရယူနိုင်သည် -

- ထိုအပိုင်အိမ်တွင် သင်၏အိမ်ထောင်ဘက်နေထိုင်နေလျှင်၊
- ထိုအပိုင်အိမ်တွင် သင်၏ဘားချင်းများ၊ ဆက်စပ်ပိုင်ဆိုင်သူ၊ နေထိုင်နေလျှင် နှင့် သတ်မှတ်ထားသော အခြေအနေအချို့ နှင့် ကိုက်ညီနေလျှင်၊
- ထိုအပိုင်အိမ်တွင် သင်၏မျက်စိမမြင်သော/မသန်စွမ်းသော ကလေးနေထိုင်နေလျှင်၊ သို့မဟုတ်
- ထိုအပိုင်အိမ်တွင် အသက် 21 နှစ်အောက် သင်၏ကလေးနေထိုင်နေလျှင်တို့ဖြစ်သည်။

ကြိုတင် သေဆုံးမှု အကြွေး ကုန်ကျစရိတ် ပြန်လည်ရရှိရန် စာရင်းများကို WAC 182-527-2734 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်သည်။

အခွင့်အရေးနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရန်တာဝန်-

Washington Apple ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကိုရရှိရန်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် ကုန်ကျစားရိတ်များကို သက်ဆိုင်သူတစ်ယလူမှ ပေးချေရမည်ကို သင်သိရှိနား လည်ပြီးဖြစ်သည်။ ဆိုလိုသည်မှာ ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်မှ သင်၏ကျန်းမာရေးကုန်ကျစားရိတ်များအကျုံးဝင်သည့် အာမခံအစီအစဉ်များကို ငွေကြေးကောက်ခံသွားမည်ဖြစ်သည်။ (အတူမနေတော့သည့် သေဆုံးသွားသည့် အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘ၏ အာမခံအစီအစဉ်လည်းဖြစ်နိုင်သည်။) အာမခံအစီအစဉ်ကို အသုံးပြုသူသည် ၎င်းအစီအစဉ်ဖြင့် ပေးချေထားသည့် သင်၏ကျန်းမာရေး ကုန်ကျစားရိတ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိနိုင်သည်။ ဤအရာသည် သင်နှင့် သင့်ကလေးများကို အန္တရာယ်ဖြစ်စေနိုင်သည်ဟု စိုးရိမ်ခဲ့သော် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် တတိယလူကိုငွေမကောက်ရန်ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖော်ပြနိုင်ပါသည်။

နှစ်စဉ်ကြေး ဖော်ပြချက်-

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဘက်သည် နှစ်စဉ်ကြေးပေးရန်စိတ်ဝင်စားပါက Washington Apple Health (Medicaid) ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှုအကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်ကို လက်ခံပါ။ Washington ပြည်နယ်အမည်ကို နှစ်စဉ်ကြေး၏လက်ကျန်အကျိုးခံစားခွင့်ရသူအဖြစ် ဖော်ပြရမည်။

စီမံခန့်ခွဲရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် ကြားနာခွင့်-

သင်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ရေရှည်စောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး သဘောထားမတိုက်ဆိုင်မှုများရှိပါက စီမံခန့်ခွဲရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် ကြားနာခွင့်အား လျှောက် ထားခွင့်ရှိသည်။ ကြီးကြပ်သူနှင့် စီမံသူတို့ကို ၎င်းတို့၏ဆုံးဖြတ်ချက်သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်မှုနှင့် ပတ်သက်၍ သင်၏ကြားနာခွင့်ကို ထိခိုက်မှုမရှိဘဲ မေးမြန်းနိုင်သည်။

ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသည့်ကူညီမစမူအချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အရာရှိတို့မှ ဟုတ်မှန်ကြောင်း ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်ကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်သည်။ Washington ပြည်နယ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအာဏာပိုင် (HCA) နှင့် လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဌာန (DSHS) တို့ကို ကျွန်ုပ်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအတွက် ပိုင်ဆိုင်မှုအတည်ပြုခြင်းကိုဆောင်ရွက် ရန်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှုအချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်းကို အတည်ပြုရန် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပါသည်။ HCA နှင့် DSHS တို့မှပိုင်ဆိုင်မှုအတည်ပြုသည့်လုပ်ငန်းစဉ်အတွက် စုံစမ်းဆက် သွယ်မှုများပြုလုပ်မည်ကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ လျှောက်လွှာအား နောက် ဆုံးအချက်အလက် ဆုံးဖြတ်မှုတစ်ခု ပြုလုပ်သည့်အခါ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု အဆုံးသတ်သည်အခါ သို့မဟုတ် HCA သို့မဟုတ် DSHS ထံ စာရေးသားပေးခြင်းအားဖြင့် ယခု ခွင့်ပြုချက်အား အချိန်မရွေး ပြန်လည် မဲပေးသည့်အခါတွင် ယခု ခွင့်ပြုချက် အဆုံးသတ်မည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည် သဘောပေါက်ပါသည်။ ခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်ရန် ပြန်လည်မဲပေးခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုခြင်းများ ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် မည် သည့် ဝါရှင်တန် Washington Apple Health သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း (SSI) နှင့် ဆက်နွယ်သည့် Medicaid ဆေးဝါးထောက်ပံ့ရေး အစီအစဉ် အတွက်မဆို အရည်အချင်းပြည့်မီမှု မရှိတော့ကြောင်း နားလည် သဘော ပေါက်ပါသည်။

ပိုင်ဆိုင်မှုအတည်ပြုခြင်းကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်ခြင်းသည် သက်ကြီးသူများအတွက် Tailored Supports for Older Adults (TSOA) အား သက်ရောက်မှု မရှိပါ။

မဲပေးသူမှတ်ပုံတင်ခြင်းဝန်ဆောင်မှု၊ အလိုအလျောက်စနစ်အပါအဝင်တို့ကို ဌာနမှ လုပ်ဆောင်ပေးသည်။

မဲပေးရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မြင်းဆိုခြင်းသည် ဤအကျိုးဆောင်မှ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏများကို မထိခိုက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင် စာရွက် အား ဖြည့်သွင်းလိုပါကလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ကူညီပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ အကူအညီကို ရှာဖွေရန် သို့မဟုတ် လက်ခံရန်အတွက် ဆုံးဖြတ်ခြင်းသည် သင့် သဘောသာ ဖြစ်ပါသည်။ မဲပေး သူ မှတ်ပုံတင် စာရွက်ကို ပုဂ္ဂလိက အနေဖြင့်လည်း ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်၏ မဲပေးရန် အမည်စာရင်းပေးသွင်းရန်၊ မဲပေးရန် အမည်စာရင်း ပေးသွင်းမှုအား မြင်းဆိုရန်၊ မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မတင်ခြင်းနှင့် ပတ်သက်သည့် သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအခွင့်အရေး သို့မဟုတ် သင် နှစ်သက်သည့် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံရေးပါတီများအား ရွေးချယ်ခြင်းဆိုင်ရာ ကိုယ်ပိုင်အခွင့်အရေးအား တစ်စုံတစ်ဦးက ကြားဝင် စွက်ဖက်နေသည်ဟု ယူဆပါက သင့်အနေဖြင့် **Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504** သို့သော်လည်းကောင်း၊ အီးမေးလ် **elections@sos.wa.gov**, သို့သော်လည်းကောင်း၊ ဖုန်းနံပါတ် **1-800-448-4881** သို့သော်လည်းကောင်း တိုင်ကြားစာ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်လိုပါလား သို့မဟုတ် သင်၏ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို အဆင့်မြှင့်တင်လိုပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

သင့်လျော်ပါလျက်နှင့် အလိုအလျောက်မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို မြင်းဆိုပါလျက်နှင့် မည်သည့်အကွက်ကိုမှ သင်အမှတ်မဖြစ်ပါက၊ သင်သည် မဲပေးရန်မှတ်ပုံမတင်လိုပါဟု ကျွန်ုပ်တို့ သတ်မှတ်ပါမည်။

အထက်မှ "မရှိပါ" အကွက်အားအမှန်မဖြစ်သရွေ့ အလိုအလျောက် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ခွင့်အတွက် အကျိုးပိုင်ပါသည်။ သင်သည် လာမည့်ရွေးကောက်ပွဲတွင် အသက် 18 နှစ်ပြည့်ပြီးပါက၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၏နိုင်ငံသား ဖြစ်ပါက၊ **DSHS** မှသင့်အမည်၊ နေထိုင်သည့်ရပ်ကွက်၊ လိင်စား၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နိုင်ငံသားဖြစ်ကြောင်းအထောက်အထားနှင့် လျှောက်လွှာတင်ရန်ပေးထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်းသင်၏လက်မှတ်တို့ပါရှိပါက အလိုအလျောက်မဲပေးသူအဖြစ်မှတ်ပုံတင်ရင် သင့်လျော်ပါသည်။

သင်သည် မဲပေးရန် အလိုအလျောက်စာရင်းပေးသွင်းရန်ဆန္ဒရှိပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

"ရှိသည်" အကွက်ကို ဖြစ်ထားပါက၊ သို့မဟုတ် မည်သည့်အကွက်ကိုမှ မဖြစ်ထားပါသော်လည်း၊ အလိုအလျောက်မဲပေးရန်စာရင်းပေးသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များနှင့်ကိုက်ညီနေပါက **DSHS** မှ သင်၏အချက်အလက်များကို ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးများရုံးသို့ ပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီးသင်သည် မဲပေးရန်အလိုအလျောက်မှတ်ပုံတင်ပြီးသားဖြစ်ပါမည်။

မှတ်ချက်များ မျှဝေရန် သို့မဟုတ် နောက်ထပ် အချက်အလက်များ ထည့်သွင်းရန်အတွက် အပိုစာရွက်တစ်ရွက် ပူးတွဲပေးပို့ပါ -

ယခု လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သိရှိပြီး ဖြစ်ပါသည်။ Washington ပြည်နယ်၏ ဥပဒေများအောက်ရှိ မုသားသက်သေခံခြင်းအောက်တွင်၊ ဤလျှောက်လွှာတွင် ကျွန်ုပ်ပေးသောအချက်အလက်များ နိုင်ငံသားဖြစ်ခြင်းနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက်လျှောက်ထားသော အဖွဲ့ဝင်များ၏ ပြည်ဝင်မှုအနေအထားများပါသောအချက်အလက်များသည်၊ မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိသမျှ အကောင်းဆုံးဖြည့်စွက်ထားပါသည်။

_____	_____	_____
ဝယ်သူ၏လက်မှတ်	ဖုန်းနံပါတ်	ဇနက်
_____	_____	_____
အိမ်ထောင်ဘက်၏ လက်မှတ်	ဖုန်းနံပါတ်	ဇနက်
_____	_____	_____
ကလေးအတွက်မိဘ၏လက်မှတ်	ဖုန်းနံပါတ်	ဇနက်
_____	_____	_____
တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် ကူညီသူ၏လက်မှတ်	ဖုန်းနံပါတ်	ဇနက်