

ဘဏ္ဍာရေးအကူ လျှောက်ထားခြင်း နှင့် လိုအပ်သည်များအား လက်မှတ်နှင့်အတူ ပြန်လည်ပေးပို့ခြင်းစာတွဲ

ဖက်မှတ်ဆင်း: ပက်ဗူး လူနာ စာရင်းကိုင်: 260-458-5811 (Parkview Patient Accounting: 260-458-5811)

သို့မဟုတ် စာပို့ရန်: သတိပြုရန်: ARS အဖွဲ့ လူနာဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
ပတ်ဗူးကျန်းမာရေး
စာတိုက်သေတ္တာ သေတ္တာအမှတ် ၅၆၀၀
Fort Wayne, IN 46895

Attention: ARS Team Patient Financial Services
Parkview Health
P.O. Box 5600
Fort Wayne, IN 46895

လူနာထံသို့ လျှောက်လွှာပေးပို့သည် ရက်စွဲ: _____ (Date application sent to patient)

ဤလျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းလိုပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ 260-266-6700 သို့ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် ခေါ်ဆိုခ အခမဲ့ဖုန်း
855-814-0012. သို့ ခေါ်ဆိုပါ

အာမခံပေးသူ

အာမခံပေးသူ နံပါတ်: _____ မွေးသက္ကရာဇ် : ____/____/____ အသက်: _____
အာမခံပေးသူ အမည်: နောက်ဆုံးအမည် _____ ပထမဆုံးအမည် _____ လူမှုလိုခြံရေး အမှတ်စဉ်နံပါတ်: _____
နေရပ်လိပ်စာ: _____ မြို့: _____ ပြည်နယ်: _____ စာပို့သင်္ကေတ: _____
အိမ်ဖုန်းနံပါတ်: _____ ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ်: _____
လူနာ အမည်: _____ အလုပ်ရှင်အမည်: _____

အိမ်ထောင်စုစာရင်းဝင်သူများအားလုံး ဗိုလ်ထုများအဖြစ် အာမခံလျှော့တောင်းခံခဲ့သည်။	မွေးသက္ကရာဇ်	အာမခံ အကျိုးဝင်မှု?	အာမခံ ချိတ်ဆက်မှုအထဲတွင်?	အာမခံလုပ်ငန်း အမည်
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	<input type="checkbox"/> မှန်ပါသည် <input type="checkbox"/> မမှန်ပါ	_____

ဝင်ငွေ

အာမခံသူ၏ လစဉ် ဝင်ငွေ: \$ _____ ပိုင်ဆိုင်မှုများမှ ဌားရမ်းခ ဝင်ငွေ: \$ _____
အိမ်ထောင်ဖက်၏ လစဉ် ဝင်ငွေ: \$ _____ ပင်စင်ထောက်ပံ့ကြေးမှ လစဉ် ဝင်ငွေ: \$ _____
မသန်စွမ်းသူများအတွက်ထောက်ပံ့သည့် လစဉ် ဝင်ငွေ: \$ _____ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်မှုအတွက် ရရှိသည့် ထောက်ပံ့ကြေး: \$ _____
လူမှုလိုခြံရေး အမှတ်စဉ်နံပါတ် လစဉ် ဝင်ငွေ: \$ _____ စစ်ဘက်မှ ခွဲတမ်း: \$ _____

1. သင် ဆေးရုံတက်နေစဉ်အချိန်တွင် သင်သည် အိုပိုင်းယိုးပြည်နယ်သားတစ်ယောက် ဖြစ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
2. ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်၌ သင်သည် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
3. ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်၌ သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် အခြားသော မော်တော်ယာဉ်/ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်း အာမခံရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
(ဤငွေတောင်းခံလွှာတွင် မပေးချေသေးသော Medicaid သို့မဟုတ် အာမခံ၏ မိတ္တူကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးပါ)

ပိုင်ဆိုင်မှုများ / အရင်းအမြစ်များ

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦးတွင် အောက်ပါပိုင်ဆိုင်မှု/အရင်းအမြစ် တစ်စုံတစ်ရာရှိ၊ မရှိ ဖော်ပြပါ-

အိမ်ထောင်စုဝင်	အမျိုးအစား	တန်ဖိုး
_____	လက်ရှိတက်အကောင့်(များ) စုစုပေါင်း _____	_____
_____	စုငွေအကောင့်(များ) စုစုပေါင်း- _____	_____
_____	အခြား (CD များ၊ စတော့များ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ၊ ငွေချေးကွက်များ စသည်) - _____	_____

အနောက်ဘက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ရန်

လျှောက်လွှာ

- ဘဏ္ဍာရေးအကူအဖြစ် လျှောက်လွှာအား ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးသည်

စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ

- လတ်တလော အသုံးစရိတ် ဝင်ငွေဖြတ်ပိုင်း၊ အာမခံသူနှင့် အိမ်ထောင်ဖက်အတွက်၊ တစ်နှစ်ပတ်လုံးစာ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ နှင့် စုစုပေါင်းဖြတ်တောက်ခံရငွေ (HCAP အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော လူနာများသည် ဝင်ငွေအတည်ပြုခြင်းကို သုံး (၃) နှစ်အထိ ပေးအပ်ရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်)
- အကယ်၍ လျှော်ထားသူသည် နှစ်သစ်၏ ပထမဆုံး ၂ လအတွင်း တင်ပြလျှောက်ထားခဲ့ပြီးပါက၊ အပိုဆောင်းအနေဖြင့် လတ်တလော ဝင်ငွေဖြတ်ပိုင်း ၊ ကျေးဇူးပြု၍ ပြီးခဲ့သည့်နှစ်အတွက် အာမခံသူနှင့်ငွေ၏ အိမ်ထောင်ဖက်တို့၏ လစာ ငွေဖြတ်ပိုင်းကို ဖော်ပြပေးပါ။
- အကယ်၍ ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်ကိုင်နေသူဖြစ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ နှစ်စာမှနှစ်ဆုံးထိ ဝင်ငွေနှင့်သုံးငွေ စာရင်းချုပ်ကို ဖော်ပြပေးပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် ဆေးခွင့် သို့မဟုတ် ကာလတိုမသန်စွမ်းဖြစ်ခဲ့သည်များ ရှိခဲ့ပါက၊ သမားတော်၏ ဆေးစာအား ဖော်ပြပါ။ သို့မဟုတ် လူနာ၏ လုပ်ငန်းခွင် ပြန်လည်ဝင်ရောက်နိုင်သည့် နေ့ အား ဖော်ပြချက်နှင့်အတွက် တစ်နှစ်ပတ်လုံးစာ မသန်စွမ်းထောက်ပံ့ငွေအတွက် အတည်ပြုစစ်ဆေးပေးသည့်စာအား ဖော်ပြပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် ယခုလက်ရှိတွင် အလုပ်လုပ်ကိုင်နေသူမဟုတ်ပါက၊ အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေးရရှိရန်အတွက် သက်သေပြချက်နှင့်အတူ/သို့မဟုတ် အလုပ် မှထုတ်ပယ်ခံရသည့်စာ၊ အလုပ်လုပ်ခဲ့သည့် နောက်ဆုံးနေ့ရက်အား အတည်ပြုဖော်ပြသည့် ရက်စွဲပါဝင်သည့် စာ
- ယခုနှစ်၏ လူမှုလုံခြုံရေး မိတ္တူ နှင့်/သို့မဟုတ် စုစုပေါင်းလစဉ်ငွေအပေါ်မှ အကျိုးမြတ်ခံစားခွင့် ပေးသည့်စာ (လူမှုလုံခြုံရေး 800-772-1213)
- ဌာနရမ်းနိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှု(များ)နှင့် ပတ်သက်သည့် လိပ်စာအား ဖော်ပြပေးပါ။ ဌာနရမ်းနိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှု(များ)၏ ဈေးကွက်ကာလပေါက်ဈေးနှင့်ရှယ်ယာတန်ဖိုး

အခွန်များ

- ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ ပြည်ထောင်စု ဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ အခွန်ပြန်ထုတ်ပေးငွေ ၁၀၄၀ ဖောင်ပုံစံနှင့်အတူ လျှောက်ထားသည့်အစီအစဉ်အား တွဲလျက်တင်ပြရန်။ အခွန်ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများ သင့်တွင်မရှိခဲ့ပါက၊ အဘယ်ကြောင့်မရှိရသနည်းဆိုသည်ကို ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းပြပါ။ ပြည်နယ်ဆိုင်ရာ အခွန်ပြန်အမ်းငွေနှင့်ပတ်သက်၍ မလိုအပ်ပါ။ (အကယ်၍ အခွန်ပြန်အမ်းငွေနှင့်ပတ်သက်၍ မှတ်တမ်းမိတ္တူ သင့်တွင် မရှိပါက၊ www.irs.gov သို့သွားရောက်၍၊ သို့မဟုတ် 800-908-9946 သို့ခေါ်ဆို၍ " ပြည်ထောင်စုဆိုင်ရာ အခွန် ဖော်ပြမှတ်တမ်း" အား တောင်းခံနိုင်ပါသည်။)
- ကုန်လွန်ခဲ့သည့်နှစ်၏ W2 နှင့်/သို့မဟုတ် ဝင်ငွေလမ်းကြောင်းများနှင့်ပတ်သက်သည့် ဖောင်အမှတ် ၁၀၉၉၊ ဥပမာ လူမှုလုံခြုံရေး၊ စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ၊ အငြိမ်းစားယူခြင်း၊ ပင်စင်ထောက်ပံ့ကြေး၊ အလုပ်လက်မဲ့၊ အတိုးနှင့် အခြားဝင်ငွေများ

ဘဏ်စာရင်း ဖော်ပြချက်

- လွန်ခဲ့သည့် ရက်ပေါင်း ၆၀ အတွင်း၊ ဝင်ငွေ သုံးငွေများ၊ CDs နှင့် စတော့ နှင့် ဘွန်းစာချုပ်တို့တွင် ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ပုဂ္ဂလ နှင့်/သို့မဟုတ် စီးပွားရေး လုပ်ငန်းဆိုင်ရာ ငွေစာရင်း နှင့်ပတ်သက်သည့် ဘဏ်စာရင်းဖော်ပြချက် နှစ်(၂) ခု၊ (ဘဏ်စာရင်းဖော်ပြမှုအတွက် "ပြည့်စုံစွာဖော်ပြသည်"၏ ဆိုလိုရင်းသည်၊ အကယ်၍ ၎င်းဖော်ပြချက်တွင် "စာမျက်နှာ ၁ မှ ၆" ထိဟူ၍ ဖော်ပြခဲ့ပါက ၎င်းစာမျက်နှာ ၆ မျက်နှာလုံးလိုအပ်သည်။ ၎င်းစာရွက်များသည် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ အလွတ်ဖော်ပြမှုများပါဝင်ခဲ့မည်ဆိုလျှင်လည်း လိုအပ်သည်။)

အခြားဝင်ငွေများ

- အကယ်၍ အိမ်ထောင်စုစာရင်းထဲရှိ မိသားစုဝင်များသည် ကာလရှည် ထောက်ပံ့ရသည့် ခံစားခွင့်များရယူနေရသူ ရှိခဲ့ပါက သို့မဟုတ် ရှင်သန်ရေးအတွက် ထောက်ပံ့သည့် ခံစားခွင့်များ ရရှိသူရှိပါက၊ ၎င်းအတွက် လစဉ်ကုန်ကျငွေကို ဖော်ပြသည့် အချက်အလက်များကိုပါ ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။
- အကယ်၍ မိတ်ဆွေများ သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များထံမှ အကူညီလက်ခံရရှိခဲ့ပါက၊ ၎င်းတို့ ပံ့ပိုးသည့် ကူညီမှုအမျိုးအစားနှင့်ပတ်သက်သည့် စာရင်းစာရွက်တစ်ရွက်ကိုပါ ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။
- သင် ရသည့်သည်ဟူ၍ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်စုံသည့် ပံ့ပိုးမှုများအတွက် ပြည်ထောင်စု အစီအစဉ်(များ) နှင့်/သို့မဟုတ် ကောက်တီ၊ ပြည်နယ်တို့မှ ပေးထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများကိုပါ ဖော်ပြပါ။
- အောက်ပါအစီအစဉ်များထံမှ ပံ့ပိုးပေးသည့်အရာများအတွက် သင်မှ မလျှောက်ထားရသေးသည့် အရာများနှင့် ၎င်းထောက်ပံ့မှုများအတွက် သတ်မှတ်ချက်များနှင့် မကိုက်မှုများရှိပါက ဖော်ပြပါ။ (Y သည် မှန်သည်၊ N သည် မမှန်)။
သက်သာချောင်ချိရေး/ဆေးဝါးဆိုင်ရာထောက်ပံ့ရေး (800-403-0864) _____ မသန်စွမ်း (866-770-1735) _____

သင့်လျှောက်လွှာကို ဆောင်ရွက်ရန် ၁၀ ရက်မှ ၁၄ ရက်အထိ ကြာနိုင်ပါသည်။ ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များ လိုအပ်ပါက ထပ်ဆောင်း စီမံဆောင်ရွက်ချိန် လိုအပ်မည် ဖြစ်ပါသည်။ ငွေရေးကြေးရေး ဆွေးနွေးတိုင်ပင်သည့်လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း သင်သည် Medicaid ကဲ့သို့သော ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိ၊ မရှိ ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်ပေးပါမည်။ သင်သည် ဤအစီအစဉ်များအနက်မှ တစ်ခုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပါက အာမခံလျှောက်ထားရန် သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုပါမည်။ WellFund ရှိ ကျွန်ုပ်တို့အဖွဲ့သည် သင့်ထံ ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။ ၎င်းတို့ထံ 260-203-0933 မှလည်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များသည် ပြည့်စုံပြီး မှန်ကန်ပါသည်ဟု ကျိန်ဆိုပါသည်။ ကျွန်တော်သည် ပတ်ဗျူး ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် ဤအချက်အလက်များအား အတည်ပြုရန် တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ရထားသည်။

အာမခံသူ၏ လက်မှတ်: _____ ရက်စွဲ: _____
 အိမ်ထောင်ဖက်၏ လက်မှတ်: _____ ရက်စွဲ: _____