



အခက်အခဲပြေငြိမ်းမှု ခြုံငုံသုံးသပ်ချက်

အခက်အခဲပြေငြိမ်းမှုအတွက်လျှော့ဈေးရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်နှင့်ပြည့်စုံခြင်းရှိမရှိဆုံးဖြတ်ရန် ဤလျှောက်လွှာ၌တောင်းဆိုထားသည့် အချက်အလက်များကို လိုအပ်ပါသည်။ အခက်အခဲပြေငြိမ်းမှုသည် အာမခံနှင့်ငွေရေးကြေးရေးအထောက်အကူ (CAFA) အတွက် ဝင်ငွေကန့်သတ်ချက်ကျော်လွန်ပြီး အာမခံရှိသည့် သို့မဟုတ် မရှိသည့် လူနာများအတွက် လျှော့ဈေးအစီအစဉ်ဖြစ်သည်။ သတ်မှတ်ချက်နှင့်ပြည့်စုံမှုကို Atrium Health ၌ ရရှိခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးစရာလက်ကျန်ငွေများကို လူနာ၏အိမ်ထောင်စုငွေရေးကြေးရေး အရင်းအမြစ်များနှင့် နှိုင်းယှဉ်ချက်အပေါ် အခြေခံထားပါသည်။

အခက်အခဲပြေငြိမ်းမှုအတွက်လျှော့ဈေးလျှောက်ထားရန် သတ်မှတ်ချက်များ

အခက်အခဲပြေငြိမ်းမှုအတွက်လျှော့ဈေးရရှိဖို့ ထည့်သွင်းစဉ်းစားခံရရန် လူနာသည်အောက်ပါသတ်မှတ်ချက်များနှင့် ပြည့်စုံရပါမည်-

- မြောက်ကယ်ရိုလိုင်းနား၊ တောင်ကယ်ရိုလိုင်းနား၊ ဂျော်ဂျီယာ သို့မဟုတ် အာလာဘားများ ပြည်နယ်သားများ
- လူနာသည် အခက်အခဲပြေငြိမ်းမှုပြန်လည်သုံးသပ်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်တွင် အပြည့်အဝပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရပါမည်။ လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ရန် နောက်ထပ်အချက်အလက်များနှင့်/ သို့မဟုတ် အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများလိုအပ်ပါက လူနာအား လိုအပ်သည့်အရာနှင့် တင်သွင်းရန် နောက်ဆုံးရက်စွဲတို့ကို အသိပေးရန် စာတစ်စောင်ပေးပို့ပါမည်။ တောင်းဆိုထားသည့် အချက်အလက်များကို သတ်မှတ်ထားသည့် နောက်ဆုံးရက်စွဲ မရရှိပါက လူနာသည် အကျိုးဝင်မည် မဟုတ်ပေ။

မျှော်လင့်ရမည့်အရာ- သတ်မှတ်ချက်နှင့်ပြည့်စုံမှု ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် လုပ်ငန်းစဉ်

Atrium Health ရှိအာမခံအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများအဖွဲ့သည် လျှောက်လွှာလက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲမှစ၍ အကျိုးဝင်မှုကို အချိန်မီဆုံးဖြတ်ပါမည်။ အကျိုးဝင်မှုပြန်လည်သုံးသပ်ချက် ပြီးဆုံးသည်နှင့် လူနာအား ခွင့်ပြုသည် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်သည်ကို အသိပေးရန် စာတစ်စောင် ပေးပို့ပါမည်။

ဤပုံစံရှိ စာ ၄ မျက်နှာစလုံးကို ဖြည့်ပါ။ ဤပုံစံကိုအပြည့်အစုံဖြည့်ပါက ပြန်လည်သုံးသပ်သည့်လုပ်ငန်းစဉ်၌ ကြန့်ကြာမှုမရှိရန် အထောက်အကူပြုပါမည်။

လူနာ၏အချက်အလက်များ			
လူနာအမည်	ဆိုရှယ်စကူရီတီအမှတ်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	စာရင်းအမှတ်

လျှောက်ထားသူ၏အချက်အလက်များ				
လျှောက်ထားသူ၏အမည်	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ	ဆိုရှယ်စကူရီတီအမှတ်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	အိမ်ထောင်ရေး အနေအထား
လိပ်စာ	မြို့၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်			
အိမ်ဖုန်းနံပါတ်	မိုဘိုင်းဖုန်းနံပါတ်	အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည်	အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူ၏ဖုန်းနံပါတ်	
အလုပ်ရှင်အမည်	အလုပ်ရှင်၏လိပ်စာ		အလုပ်ဖုန်း	

မှတ်ချက်- စာတိုက်မှစာများကို သင်လက်ခံရရှိသည့်လိပ်စာသည် သင်နေထိုင်သည့်လိပ်စာနှင့်မတူပါက အောက်ပါ 'စာထည့်ရန်လိပ်စာ' ကို ဖြည့်ပါ။

စာထည့်ရန်လိပ်စာ	မြို့၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်
-----------------	-----------------------------

ကျန်းမာရေးအာမခံ အချက်အလက် <input type="checkbox"/> လူနာ၌ကျန်းမာရေးအာမခံတစ်စုံတစ်ရာ မရှိပါက ဤကွက်ကိုအမှတ်အသားပြုပါ။				
ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ	အာမခံစာချုပ်ပိုင်ရှင်အမည်	အာမခံစာချုပ်အမှတ်	အုပ်စုအမှတ်	စတင်သက်ရောက်သည့်ရက်
လွန်ခဲ့သည့်ရက် ၆၀ အတွင်း အိမ်သားတစ်ဦး အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်သွားခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
၎င်းသည် COBRA ရွေးချယ်ရန်အသိပေးချက်တစ်စောင် ရရှိခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
၎င်းသည် COBRA ကျန်းမာရေးအာမခံ ရွေးချယ်ခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
၎င်းသည် COBRA ကျန်းမာရေးအာမခံကို မရွေးချယ်ခဲ့ပါက အကွက်တစ်ခုတွင် အမှတ်အသားပြုပါ- <input type="checkbox"/> COBRA လစဉ်ကြေးများသည် ဈေးကြီးလွန်းပါသည် <input type="checkbox"/> အာမခံအသစ်ရှိပါသည်				

အိမ်သားအားလုံးကို အောက်တွင်ဖော်ပြပါ				
အမည်	ဆိုရှယ်စကျပူရီတီအမှတ်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ	
၁				
၂				
၃				
၄				
၅				
၆				

မှတ်ချက်- ဤပုံစံ၏ စာမျက်နှာ ၄ ရှိ 'မှတ်ချက်များ' အပိုင်းတွင် အခြားအိမ်သားများရှိသေးပါက ဖော်ပြပါ။

အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်ဝင်ငွေ		
ဝင်ငွေအမျိုးအစား	လျှောက်ထားသူအတွက် လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	လျှောက်ထားသူ၏နီးခင်ပွန်းအတွက် လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ
အလုပ်အကိုင်မှဝင်ငွေ	\$	\$
အငြိမ်းစား/ပင်စင်/ဆိုရှယ်စကျပူရီတီ အငြိမ်းစား	\$	\$
ဆိုရှယ်စကျပူရီတီ မသန်စွမ်းမှုဝင်ငွေ	\$	\$
အလုပ်လက်မဲ့ဝင်ငွေ	\$	\$
ကလေးစရိတ်/လင်စရိတ်မယားစရိတ်	\$	\$
အခြား (ဤနေရာ၌ အရင်းအမြစ်ကိုဖော်ပြပါ _____)	\$	\$

ငွေရေးကြေးရေး ပိုင်ဆိုင်မှုများ			
အရင်းအမြစ်	ဘဏ် (သို့မဟုတ် ဘဏ္ဍာရေးအဖွဲ့အစည်း အမည်)	လျှောက်ထားသူ	လျှောက်ထားသူ၏ဧည့်ခံပွန်း
ချက်လက်မှတ်ရေးသည့်စာရင်း		\$	\$
ငွေစုစာရင်း		\$	\$
ငွေကြေးဈေးကွက်		\$	\$
အပ်ငွေလက်မှတ်		\$	\$
စတော့/ဘွန်း		\$	\$
အကျိုးတူရန်ပုံငွေများ		\$	\$
အပ်နှံရန်ပုံငွေများ		\$	\$
ငွေကြိုတင်ဖြည့်ထားသည့် ဒဲဘစ်ကတ်များ		\$	\$
ငွေပေးချေရန်ကတိစာချုပ်		\$	\$
အခြား (_____)		\$	\$

အိုးအိမ်ခြံမြေ ပိုင်ဆိုင်သည့်အိုးအိမ်ခြံမြေ အားလုံးကို အောက်တွင် ဖော်ပြပါ။			
လိပ်စာ	အခွန်ငွေတန်ဖိုး	ချေးငွေလက်ကျန်	အိမ်ဖိုးချေးသူအမည်
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

ပံ့ပိုးမှုအကြောင်း ထွက်ဆိုချက်

ကျွန်ုပ်သည် လွန်ခဲ့သော _____ နှစ် / _____ လအတွက် အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်နေခဲ့ကြောင်း သက်သေထွက်ဆိုပါသည်။ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်သည့်အတွက် ကျွန်ုပ်သည် အစားအစာ၊ နေစရာနှင့်အဝတ်အစားများကို _____ ထံမှ ရရှိပါသည် (လျှောက်ထားသူနှင့် တော်စပ်ပုံ = _____)

အသိအမှတ်ပြုချက်နှင့်လက်မှတ်များ	
<p>ဤလျှောက်လွှာတွင်ပေးထားသည့်အချက်အလက်များသည် စစ်မှန်၍တိကျကာ ကျွန်ုပ်အကောင်းဆုံးသိသမျှ ပြည့်စုံကြောင်း ဤနည်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ် သက်သေထွက်ဆိုပါသည်။ ပေးထားသည့်အချက်အလက်များကို အတည်ပြုရန် မည်သူမဆို၊ မည်သည့်ကုမ္ပဏီနှင့် အဖွဲ့အစည်းမဆိုအား ဆက်သွယ်ရန် ဤဆေးရုံအား ခွင့်ပြုပြီး ထိုပုဂ္ဂိုလ်၊ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား ဆေးရုံမှတောင်းခံသည့် မည်သည့်ငွေရေးကြေးရေးအချက်အလက်များကိုမဆို ထုတ်ပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။</p>	
<p>လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်</p>	<p>ရက်စွဲ</p>

ဖြည့်စွက်ပြီးသောလျှောက်လွှာကို အောက်ပါနေရာသို့ စာတိုက်မှပေးပို့ပါ-

Atrium Health System Business Office
 Attention: Coverage Assistance Services
 PO Box 32861
 Charlotte, NC 28232

မှတ်ချက်များ