

ဘဏ္ဍာရေးအကူ လျှောက်ထားခြင်း နှင့် လိုအပ်သည်များအား လက်မှတ်နှင့်အတူ ပြန်လည်ပေးပို့ခြင်းစာတွဲ

ဖက်မှတ်ဆင့်: ပက်ဗျူး လူနာ စာရင်းကိုင်: 260-458-5811 (Parkview Patient Accounting: 260-458-5811)

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

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

လူနာထံသို့ လျှောက်လွှာပေးပို့သည့် 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 ဖိုဆိုသူများအဖြစ် အာမခံလုပ်ကြံထားသည့်အခါ	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: \$ \_\_\_\_\_

**အနောက်ဘက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ရန်**

**လျှောက်လွှာ**

ဘဏ္ဍာရေးအကူအဖြစ် လျှောက်လွှာအား ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးသည်

**စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ**

- လတ်တလော အသုံးစရိတ် ဝင်ငွေဖြစ်ပိုင်း၊ အာမခံသူနှင့် အိမ်ထောင်ဖက်အတွက်၊ တစ်နှစ်ပတ်လုံးစာ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ နှင့် စုစုပေါင်းဖြတ်တောက်ခံရငွေ
- အကယ်၍ လျှော်ထားသူသည် နှစ်သစ်၏ ပထမဆုံး ၂ လအတွင်း တင်ပြလျှောက်ထားခဲ့ပြီးပါက၊ အပိုဆောင်းအနေဖြင့် လတ်တလေ ဝင်ငွေဖြစ်ပိုင်း ၊ ကျေးဇူးပြု၍ ပြီးခဲ့သည့်နှစ်အတွက် အာမခံသူနှင့်၎င်း၏ အိမ်ထောင်ဖက်တို့၏ လစာ ငွေဖြတ်ပိုင်းကို ဖော်ပြပေးပါ။
- အကယ်၍ ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်ကိုင်နေသူဖြစ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ နှစ်စမှနှစ်ဆုံးထိ ဝင်ငွေနှင့်သုံးငွေ စာရင်းချုပ်ကို ဖော်ပြပေးပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် ဆေးခွင့် သို့မဟုတ် ကာလတိုမသန်စွမ်းဖြစ်ခဲ့သည်များ ရှိခဲ့ပါက၊ သမားတော်၏ ဆေးစာအား ဖော်ပြပါ။ သို့မဟုတ် လူနာ၏ လုပ်ငန်းခွင် ပြန်လည်ဝင်ရောက်နိုင်သည့် နေ့ အား ဖော်ပြချက်နှင့်အတွက် တစ်နှစ်ပတ်လုံးစာ မသန်စွမ်းထောက်ပံ့ငွေအတွက် အတည်ပြုစစ်ပေးသည့်စာအား ဖော်ပြပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် ယခုလက်ရှိတွင် အလုပ်လုပ်ကိုင်နေသူမဟုတ်ပါက၊ အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေးရရှိရန်အတွက် သက်သေပြချက်နှင့်အတူ/သို့မဟုတ် အလုပ်မှ ထုတ်ပယ်ခံရသည့်စာ၊ အလုပ်လုပ်ခဲ့သည့် နောက်ဆုံးနေ့ရက်အား အတည်ပြုဖော်ပြသည့် ရက်စွဲပါဝင်သည့် စာ
- ယခုနှစ်၏ လူမှုလုံခြုံရေး မိတ္တူ နှင့်/သို့မဟုတ် စုစုပေါင်းလစဉ်ငွေအပေါ်မှ အကျိုးမြတ်ခံစားခွင့် ပေးသည့်စာ (လူမှုလုံခြုံရေး 800-772-1213)
- ဌားရမ်းနိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှု(များ)နှင့် ပတ်သက်သည့် လိပ်စာအား ဖော်ပြပေးပါ။ ဌားရမ်းနိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှု(များ)၏ ဈေးကွက်ကာလပေါက်ဈေးနှင့်ရယ်ယာတန်ဖိုး

**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](http://www.irs.gov) သို့သွားရောက်၍၊ သို့မဟုတ် 800-908-9946 သို့ခေါ်ဆို၍ " ပြည်ထောင်စုဆိုင်ရာ အခွန် ဖော်ပြမှတ်တမ်း" အား တောင်းခံနိုင်သည်။)
- 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။
- အောက်ပါအစီအစဉ်များထဲမှ ပံ့ပိုးပေးသည့်အရာများအတွက် သင်မှ မလျှောက်ထားရသေးသည့် အရာများနှင့် ၎င်းထောက်ပံ့မှုများအတွက် သတ်မှတ်ချက်များနှင့် မကိုက်မှုများရှိပါက ဖော်ပြပါ။ (Y သည် မှန်သည်၊ N သည် မမှန်)။  
သက်သာချောင်ချိရေး/ဆေးဝါးဆိုင်ရာထောက်ပံ့ရေး (800-403-0864) \_\_\_\_\_ မသန်စွမ်း (866-770-1735) \_\_\_\_\_ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု ပြောင်းလဲခြင်း (260-266-2870) \_\_\_\_\_

အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များသည် ပြည့်စုံပြီး မှန်ကန်ပါသည်ဟု ကျိန်ဆိုပါသည်။ ကျွန်တော်သည် ပတ်ဗျူး၊ ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် ဤအချက်အလက်များ အား အတည်ပြုရန် တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ရထားသည်။

အာမခံသူ၏ လက်မှတ်: \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ: \_\_\_\_\_  
အိမ်ထောင်ဖက်၏ လက်မှတ်: \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ: \_\_\_\_\_

**--- FOR PATIENT ACCOUNTING USE ONLY ---**

Family Size: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Approved/Denied: \_\_\_\_\_  
Guidelines: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
FPL Income: \_\_\_\_\_ FPL Percentage: \_\_\_\_\_