

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ရက်စွဲ- _____ အာမခံပေးသူ၏အမည်- _____

လူနာအမည်- _____ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်ရက်စွဲ- _____

ဆေးရုံအကောင့်နံပါတ် # _____ ဆေးမှတ်တမ်း # _____

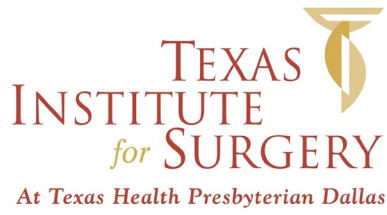
ခင်မင်လေးစားရပါသော လူနာခင်ဗျာ-

Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ၏ ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာဖောင်ကို ပူးတွဲပေးပို့လိုက်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာဖောင်ကို သင်ဖြည့်စွက်မှသာ သင်၏ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာမှတ်တမ်းများကို ဆေးရုံက ပြန်လည်စစ်ဆေးကြည့်ရှုနိုင်ပြီး ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရမရ ဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်ပါမည်။ ဤသည်မှာ သင့်ဆေးရုံစရိတ်များအတွက်သာ ဖြစ်သည်။

ပုဂ္ဂိုလ်ရေးလိုခြံစေလိုသည့် သင့်ဆန္ဒကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါ၍ အတည်ပြုမှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များအတွက်မှလွဲ၍ သင့်လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့်အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ပေးထားပါမည်။ ၎င်းတို့ကို Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ဝန်ထမ်းများကြား “သိရှိရန်လိုအပ်သလောက်သာ” ထုတ်ဖော်အသိပေးပါမည်။

လျှောက်လွှာရှိ အချက်အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ ရှင်းပြချက်တစ်ခုခုအတွက် နေရာထပ်မံလိုအပ်ပါက လျှောက်လွှာ၏ကျောဘက်ကို အသုံးပြုပေးပါ။

ယခုလနှင့် ပြီးခဲ့သည့်လနှစ်လအတွက် သင့်လစာဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူနှင့် အိမ်ထောင်စု၏ အခြားဝင်ငွေ အထောက်အထား မိတ္တူတို့အနက် တစ်ခုခုကိုဖြစ်စေ နှစ်ခုစလုံးကိုဖြစ်စေ တင်ပေးပါ။ လစာဖြတ်ပိုင်းများကို သင်မရရှိပါက သင်၏ လစဉ် ငွေထည့်သွင်းမှုများကို ပြသထားသည့် ဘဏ်ရှင်းတမ်းမိတ္တူကို တင်ပေးပါ။ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်ပါက သင်နောက်ဆုံးပေးဆောင်ခဲ့သည့် ကိုယ်ပိုင်ဝင်ငွေအခွန်နှင့် လက်ရှိ အမြတ်အရှုံးရှင်းတမ်း၏ မိတ္တူကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။ တောင်းဆိုထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပေးရန် ပျက်ကွက်ပါက ငွေကြေးအထောက်အပံ့ တောင်းခံမှု ငြင်းပယ်ခံရနိုင်ပါသည်။



7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
214-489-7252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ဤလျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိသည်နှင့် ဖြည့်စွက်ပြီး အမြန်ဆုံး ပြန်ပို့ပေးရန် အလွန်အရေးကြီးပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ရန် အခက်ကြုံနေပါက သို့မဟုတ် မရှင်းလင်းသော နေရာတစ်ခုရှိပါက ဖုန်းခေါ်ဆိုပေးပါ။ ပူးပေါင်းပါဝင်မှုအတွက် ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာဖောင် - စာမျက်နှာ 1

လူနာအမည်-	နောက်	ရှေ့	အလယ် အတိုကောက်
လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	မွေးသက္ကရာဇ်-	အကောင့်နံပါတ် #	
အိမ်ထောင်ရှိ	လူပျို/အပျို	ကွာရှင်းထား	မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ
			ခွဲနေ
သင့်အတွင် အသက် 18 နှစ်အောက် ကလေးများ ရှိပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
၎င်းတို့သည် သင်နှင့်အတူ နေထိုင်ခြင်းရှိပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
၎င်းတို့သည် သင်၏သားသမီးအရင်း/တရားဝင်မွေးစားထားသော သားသမီးများ ဖြစ်ပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
လူနာတွင် အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
အိမ်ထောင်ဖက်တွင် အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
သင်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကုန်ကျစရိတ်ကို မျှဝေကျခံသည့် အစီအစဉ်၏ အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဖြစ်ပါသလား။		_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
မသန်စွမ်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင်ရရှိထားပါသလား။ မည်သည့်အချိန်တည်းက ရရှိထားပါသနည်း။	_____	_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
သင်သည် စစ်မှုထမ်းဟောင်းဖြစ်ပါသလား။	_____	_____	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

မိသားစုဝင်များ - (အိမ်တွင် နေနေသော)

အိမ်ထောင်ဖက်-

ကလေး-	အသက်-
_____	_____
ကလေး-	အသက်-
_____	_____
ကလေး-	အသက်-
_____	_____
ကလေး-	အသက်-
_____	_____

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ဝင်ငွေ (လစဉ်ပမာဏ)-

	<u>စုစုပေါင်း</u>	<u>အသားတင်</u>	<u>ကုန်ကျစရိတ်များ</u>	<u>လစဉ်ပမာဏ</u>
လူနာ	\$ _____	\$ _____	အိမ်ချေးငွေ/အိမ်ငှားခ	\$ _____
အိမ်ထောင်ဖက်	\$ _____	\$ _____	ရေဖိုးမီးဖိုး	\$ _____
မှီခိုသူများ	\$ _____	\$ _____	ကားချေးငွေများ	\$ _____
အစိုးရ ထောက်ပံ့မှု	\$ _____	\$ _____	အစားအစာ / စားသောက်ကုန်	\$ _____
အစားအသောက်တံဆိပ်				
ခေါင်းများ	\$ _____	\$ _____	ခရက်ဒစ်ကတ်များ	\$ _____
လူမှုဖူလုံရေး			အခြား	
ထောက်ပံ့ကြေး	\$ _____	\$ _____	(အတိအကျဖော်ပြပေးပါ)	
အလုပ်လက်မဲ့	\$ _____	\$ _____		\$ _____
သပိတ်မှောက်ဆန္ဒပြနေစဉ် သမဂ္ဂကပေးအပ်သော အကျိုးခံစားခွင့်များ	\$ _____	\$ _____		
အလုပ်သမားလျော်ကြေး				
အာမခံ	\$ _____	\$ _____	စုစုပေါင်း	\$ _____
လင်/မယားစရိတ်	\$ _____	\$ _____		
ကလေးစရိတ်	\$ _____	\$ _____		
စစ်မှုထမ်းဝေစု	\$ _____	\$ _____		
ပင်စင်	\$ _____	\$ _____		
အခြားဝင်ငွေ- CD များ				
အိမ်ငှားခ				
အစုပေါ်အမြတ်များ				
အတိုး	\$ _____	\$ _____		
စုစုပေါင်း	\$ _____	\$ _____		

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ပိုင်ဆိုင်မှုများ

စာရင်းရှင်အပ်ငွေ အကောင့်	\$ _____
ငွေစု အကောင့်	\$ _____
CD များ၊ IRA များ	\$ _____
အခြားရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ (စတော့၊ ဘွန်း စသဖြင့်)	\$ _____
မူလနေအိမ်မှလွဲ၍ အခြားအိမ်များ/မြေများ	\$ _____

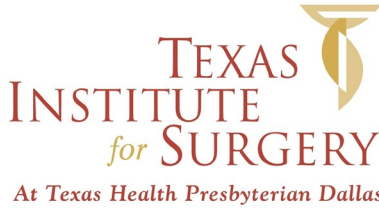
ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာဖောင် - စာမျက်နှာ 2

	အိမ်ထောင်ဖက်၏
အလုပ်ရှင်၏အမည်	အလုပ်ရှင်-
ဖုန်းနံပါတ်	ဖုန်းနံပါတ် #
အလုပ်ရှင်လိပ်စာ	အလုပ်ရှင်လိပ်စာ
အလုပ်အကိုင်	အလုပ်အကိုင်

Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သင်လက်ရှိ လျှောက်ထားပါသလား။	_____	ဟုတ်ပါသည်	_____	မဟုတ်ပါ
သင့်ကောင်တီ ဆေးရုံ/ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူ အစီအစဉ်မှတစ်ဆင့် ထောက်ပံ့မှုရရန် လျှောက်ထားပါသလား။	_____	ဟုတ်ပါသည်	_____	မဟုတ်ပါ
သင့်ဆရာဝန်သည် သူ/သူမ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ လုပ်ဆောင်ပေးနေခြင်းဖြစ်ပါသလား။	_____	ဟုတ်ပါသည်	_____	မဟုတ်ပါ
သင် မတော်တဆဖြစ်ပါက/ထိခိုက်ဒဏ်ရာရပါက/ နာမကျန်းဖြစ်ပါက ပြင်ပပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုထံတွင် တာဝန်ရှိကောင်းရှိနိုင်ပါသလား။	_____	ဟုတ်ပါသည်	_____	မဟုတ်ပါ
သင့်ဆေးရုံငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးဆောင်ရန် အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက သင့်ကို ထောက်ပံ့ပေးနေပါသလား။	_____	ဟုတ်ပါသည်	_____	မဟုတ်ပါ
မည်သူက သင့်ကို ထောက်ပံ့ပေးနေပါသလဲ။				
သင်ထောက်ပံ့ကြေး မည်မျှရနေပါသနည်း။				

သင့်ဆေးရုံငွေတောင်းခံလွှာကို ပေးချေရာတွင် ထောက်ပံ့မှုရရှိရန် သင့်သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် အကူအညီဖြစ်စေမည်ဟု သင်ထင်သော အခြားမည်သည့်အချက်အလက်မဆိုကို ဖော်ပြပါ။

သင့်နာမကျန်းမှုကြောင့် အလုပ်ခွင့်ယူထားစဉ် ရရှိရန် မျှော်မှန်းနိုင်သည့် ဝင်ငွေများ နှင့်/သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ငွေများ (နာမကျန်းခွင့်၊ လုပ်ခလစာဖြင့် အနားယူခွင့်၊ ရေတို/ရေရှည် မသန်စွမ်းဖြစ်မှုအတွက် ဝင်ငွေ) \$ _____



7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
214-489-7252 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

အလုပ်မလုပ်နိုင်သည့် နှင့်/သို့မဟုတ် လုပ်ခမရနိုင်သည့် မျှော်မှန်းကြာချိန်- _____

Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် ငွေရေးကြေးရေး အချက်အလက်များကို လျှောက်လွှာဖောင်သုံးသပ်ရာတွင် စိစစ်အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့သိရှိပြီး ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များကို စစ်ဆေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ အလုပ်ရှင်ထံ ဆက်သွယ်ခွင့်နှင့် အကြွေးအစီရင်ခံတင်ပြသော အေဂျင်စီများထံမှ အစီရင်ခံစာများ တောင်းခံခွင့်ကို ဆေးရုံအား ပေးအပ်လိုက်ပါသည်။ ငွေကြေးအထောက်အပံ့ရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုရှိမရှိ စစ်ဆေးရာတွင် ဤအချက်အလက်များကို အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့သိရှိကာ ဤလျှောက်လွှာတွင် အချက်အလက်များကို လိမ်လည်တင်ပြပါက ငွေကြေးအထောက်အပံ့ရရှိရန် ငြင်းပယ်ခံရနိုင်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ပြင်ပပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အခြားရင်းမြစ်ထံမှ ငွေပြန်ရသောအခါ ခွင့်ပြုထားသည့် ငွေကြေးအထောက်အပံ့မှန်သမျှကို အပြည့်အဝဖြစ်စေ၊ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းဖြစ်စေ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်းကိုလည်း သိရှိပါသည်။

ထို့ပြင် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရရှိပြီးဖြစ်သော်လည်း ပြင်ပပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများထံမှ ဆေးရုံတက်သည့် ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ပြန်ထုတ်ပေးငွေ ထပ်ရလာခဲ့သည်ရှိသော် ဆေးရုံအနေဖြင့် ၎င်းငွေများကို ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ ပြန်လည်တောင်းယူပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်းနှင့် ဆေးရုံတက်ခြင်းအတွက် ကျွန်ုပ်တို့လက်ခံရရှိသည့် မည်သည့်ပြန်ထုတ်ပေးငွေကိုမဆို Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery သို့ ပေးပို့ရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

_____ တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်သူသည် လူနာကိုယ်တိုင်ဖြစ်ပါက ၎င်း၏လက်မှတ်

_____ လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ

_____ တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်သူသည် လူနာမဟုတ်ပါက ၎င်း၏လက်မှတ်

_____ လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ

_____ လူနာ၏လိပ်စာ မြို့ ပြည်နယ် စာပို့ကုဒ် ကောင်တီ

_____ အိမ်ဖုန်းနံပါတ်