

သင်၏အကောင့်နှင့်ပတ်သက်၍ ဆွေးနွေးရန်နှင့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအကြောင်း စုံစမ်းရန် Utah တက္ကသိုလ် ကျန်းမာရေးစနစ် ငွေတောင်းခံမှုရုံးသို့ ဆက်သွယ်သည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့ဆက်လက်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် ဤစာမျက်နှာ၏အောက်ခြေရှိ လိပ်စာသို့ အောက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကို ပေးပို့ပါရန် -

- ဖြည့်စွက်ထားသော ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာ (ပူးတွဲလျက်)
- သင်၏လက်ရှိ ငွေရေးကြေးရေးအခြေအနေကို ရှင်းပြထားသော စာ
- ၃လစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ၏ မိတ္တူ
- W-2 များအပါအဝင် ယခင်နှစ်အတွင်း ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပုံစံစာရွက်များ၏ မိတ္တူအပြည့်အစုံ
- လွန်ခဲ့သည့် လုပ်ခလစာပေးချေသည့် ကာလ နှစ် (၂) ခုစာ လုပ်ခလစာဖြတ်ပိုင်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် အခြားဝင်ငွေ ဖြတ်ပိုင်းများ၏ မိတ္တူများ

ထိုစာရွက်စာတမ်းများထဲမှ တစ်ခုခုကိုဖြစ်စေ အားလုံးကိုဖြစ်စေ မဖြစ်မနေထုတ်ဖော်ပြသရန် သင့်တွင် တာဝန်မရှိပါ။ သို့သော် ထိုအချက်အလက်များမရှိပါက Utah တက္ကသိုလ်ကျန်းမာရေးစနစ်သည် ထောက်ပံ့မှုအတွက် သင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်နိုင်မည်မဟုတ်ဘဲ သင်၏ ပေးဆောင်ရန်ငွေကို ချိန်ညှိခြင်း သို့မဟုတ် သင်၏အကောင့်ကို ငွေကောက်ခံရန်ထဲသို့ ရောက်ရှိမသွားစေရန် ကာကွယ်ခြင်းများလည်း ပြုလုပ်နိုင်မည်မဟုတ်ပါ။

စာရွက်စာတမ်းများကို ဤစာပါရက်စွဲမှနေ၍ ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်း လက်ခံရရှိရမည်။ စာရွက်စာတမ်းများကို ထိုအချိန်ကာလအတွင်း လက်ခံရရှိခြင်းမရှိပါက ငွေကောက်ခံမှုလုပ်ဆောင်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်လက်ဆောင်ရွက်သွားမည်။ ထိုစာရွက်စာတမ်းများထဲမှ တစ်ခု သို့မဟုတ် တစ်ခုအထက်ကို သင်ပေးအပ်နိုင်ခြင်းမရှိပါက သင်၏စာထဲတွင် ၎င်းတို့ကို ထည့်သွင်းပေးအပ်နိုင်ခြင်းမရှိစေရန် တားဆီးနေသည့် အခြေအနေများကို ထည့်သွင်းရေးသားပေးပါ။

လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများကို ပေးပို့ပြီးသည်နှင့် အပြည့်အဝ သို့မဟုတ် တစိတ်တပိုင်း ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် သင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် စိစစ်သုံးသပ်ချက်တစ်ရပ်ကို အပြီးသတ်ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်။ သင်၏လျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိပြီးနောက် ရက်ပေါင်း၃၀အတွင်း စိစစ်သုံးသပ်ချက်၏ ရလဒ်ကို သင့်ထံ အသိပေးအကြောင်းကြားပါမည်။ သင့်တွင် နောက်ထပ်မေးခွန်းများရှိပါက အောက်ပါနံပါတ်များထဲမှ တစ်ခုခုတစ်ဆင့် သုံးစွဲသူဝန်ဆောင်မှု ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံသို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ခင်မင်လျက်၊

ငွေတောင်းခံရေး ကိုယ်စားလှယ်
Utah တက္ကသိုလ် ကျန်းမာရေးစနစ်
801-587 - 6303 (Utah ပြည်နယ်တွင်း မှ ခေါ်ဆိုရန်)
800-862 - 4937 (ပြည်နယ်ပြင်ပမှ ခေါ်ဆိုရန်)

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်လွှာ

လူနာအမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	အကောင့်အမှတ် -

တာဝန်ယူထားသူ အမည် _____ မွေးသက္ကရာဇ် _____ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် _____

လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ _____ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____ လက်ကိုင်ဖုန်းနံပါတ် _____

အလုပ်ရှင်အမည် _____ အလုပ်ဖုန်းနံပါတ် _____

အိမ်ထောင်ဖက်အမည် _____ အိမ်ထောင်ဖက် _____ မွေးသက္ကရာဇ် _____ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် _____

အိမ်ထောင်ဖက် အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____ အိမ်ထောင်ဖက် လက်ကိုင်ဖုန်းနံပါတ် _____ အိမ်ထောင်ဖက် အလုပ်ရှင်အမည် _____

လွန်ခဲ့သည့် ၁၂ လအတွင်း နေထိုင်ခဲ့သော လိပ်စာများကို စာရင်းပြုစုဖော်ပြပေးပါရန် -

လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ	မှ (လ/နှစ်)	အထိ (လ/နှစ်)

အိမ်ထောင်ဖက်သည် တာဝန်ယူထားသူနှင့် တစ်အိမ်တည်းအတူနေထိုင်နေပါသလား (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)။

ဟုတ်ပါသည်

မဟုတ်ပါ

အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစား

ကျွန်ုပ်တို့သည် အိမ်ထောင်စုဝင်များကို ဆုံးဖြတ်သတ်မှတ်ရန် IRS နှင့် တူညီသော လမ်းညွှန်ချက်များကို အသုံးပြုပါသည်။

အိမ်တွင်နေထိုင်သော လူအရေအတွက် စုစုပေါင်း	
--	--

မှီခိုသူအမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	တော်စပ်ပုံ	တာဝန်ယူထားသူနှင့်အတူ နှစ်တစ်ဝက်ထက်ပို၍ နေထိုင်ခဲ့ခြင်း	ဤပုဂ္ဂိုလ်အတွက် ပံ့ပိုးမှုစုစုပေါင်းထဲမှ တစ်ဝက်ကျော်ကို တာဝန်ယူထားသူက ပေးအပ်ခြင်း	အမေရိကန်နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်နိုင်ငံသား ဖြစ်ခွင့်ရှိသူ၊ အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် နေထိုင်သူ၊ ကနေဒါ သို့မဟုတ် မက္ကဆီကိုတွင် နေထိုင်သူဖြစ်ခြင်း။	တာဝန်ယူထားသူသည် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို မှီခိုသူတစ်ဦးအဖြစ် အခိုင်အမာဆိုနေသည့် တစ်ဦးတည်းသောသူ ဖြစ်ပါသလား။
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
			ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ဝင်ငွေ

ဝင်ငွေအမျိုးအစား	တာဝန်ယူထားသူထံမှ ပမာဏ	အိမ်ထောင်ဖက်ထံမှ ပမာဏ	လိုအပ်သော အတည်ပြုချက်
အလုပ်အကိုင် - စုစုပေါင်း	\$	\$	<input type="checkbox"/> ဥလစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ၏ မိတ္တူ <input type="checkbox"/> W-2 များအပါအဝင် ယခင်နှစ်အတွင်း ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပုံစံစာရွက်များ၏ မိတ္တူအပြည့်အစုံ <input type="checkbox"/> လွန်ခဲ့သည့် လုပ်ခလစာပေးချေသည့် ကာလ နှစ် (၂) ခုစာ လုပ်ခလစာဖြတ်ပိုင်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် အခြားဝင်ငွေ ဖြတ်ပိုင်းများ၏ မိတ္တူများ
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင် - စုစုပေါင်း	\$	\$	<input type="checkbox"/> ဥလစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ၏ မိတ္တူ <input type="checkbox"/> W-2 များအပါအဝင် ယခင်နှစ်အတွင်း ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပုံစံစာရွက်များ၏ မိတ္တူအပြည့်အစုံ <input type="checkbox"/> အရုံးအမြတ် အစီရင်ခံစာ
ပင်စင်၊ အငြိမ်းစားလစာငွေ IRA၊ 401k၊ လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ	\$	\$	<input type="checkbox"/> သင်၏ ပင်စင်/အငြိမ်းစားယူကြောင်း ဖော်ပြချက် နှင့်/သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေး ခံစားခွင့်အပ်နှင်းကြောင်း စာကို ပေးအပ်ပါ
အလုပ်လက်မဲ့၊ မသန်စွမ်း ဝင်ငွေ စသည်ဖြင့်	\$	\$	<input type="checkbox"/> အလုပ်လက်မဲ့ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းဝင်ငွေ ခံစားခွင့်အပ်နှင်းကြောင်း စာကို ပေးအပ်ပါ <input type="checkbox"/> ဥလစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ
ကလေးစောင့်ရှောက်ခြင်း၊ ကလေးပြုစုစောင့်ရှောက်စရိတ်	\$	\$	<input type="checkbox"/> ဥလစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ
အခြား (ရင်းမြစ်ကို ဖော်ပြပေးပါရန်)-	\$	\$	<input type="checkbox"/> ဥလစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများနှင့်အတူ သင်၏ ဝင်ငွေရင်းမြစ်(များ) အကြောင်း ရှင်းလင်းချက်တစ်ရပ်ကို ပေးအပ်ပါ

ပိုင်ဆိုင်မှုများ

အမျိုးအစား	ဘဏ္ဍာရေးအဖွဲ့အစည်း(များ)	စုစုပေါင်း လက်ကျန်ငွေ
ငွေသား		\$
ငွေစု ဘဏ်စာရင်း(များ)		\$
ချက်လက်မှတ် ဘဏ်စာရင်း(များ)		\$

စတော့ရှယ်ယာ သို့မဟုတ် ချေးငွေစာချုပ်များ		\$
အခြား -		\$

ပေးချေရန်ကျန်ရှိသော ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြေးမြီအားလုံး စာရင်း

အကောင့် #	ပေးအပ်သူအမည်	မူလ ပေးချေရမည့် ပမာဏ	လက်ရှိ ပေးချေရန်ကျန်သည့် ပမာဏ	လစဉ် ပေးချေရန်
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

လက်ရှိယူထားသော ကြေးမြီများအားလုံးကို ဖော်ပြရန်

မြီရှင်၊ ကြေးမြီအမျိုးအစား (အကြွေးဝယ်ကတ်၊ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ချေးငွေ)	လစဉ် ပေးချေရန်	လက်ရှိ ပေးချေရန်ကျန်သည့် ပမာဏ
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုလျှောက်ထားသော လူနာများအားလုံးကို အခြားထောက်ပံ့ငွေရယူရန် နည်းလမ်းများကို ကြိုးစားကြည့်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းပါသည်။

ဟုတ်ပါသည် သို့မဟုတ် မဟုတ်ပါကို ရွေးချယ်ပေးပါရန်။

သင်၏ အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်၏အလုပ်ရှင်သည် အစုအဖွဲ့လိုက် ကျန်းမာရေးအာမခံကို ကမ်းလှမ်းပါသလား။

<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ	ကမ်းလှမ်းပါက အာမခံကုမ္ပဏီကို ဖော်ပြပေးပါ-	_____
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ	ကမ်းလှမ်းပါက အာမခံကုမ္ပဏီကို ဖော်ပြပေးပါ-	_____
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ		
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ		
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ	ငြင်းပယ်ခံခဲ့ရပါက ဝင်ငွေနည်းပါးသူများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်၏ ငြင်းပယ်ကြောင်းစာ မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပူးတွဲပေးပါ။	
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ	ဥပမာများ - CHIP၊ PCN၊ ရာဇဝတ်မှုကျူးလွန်ခံရသူများအတွက် ထောက်ပံ့ငွေ စသည်ဖြင့်။	
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ		
<input type="checkbox"/>	ဟုတ်ပါသည်	<input type="checkbox"/>	မဟုတ်ပါ		

သင့်တွင် Allstate၊ AFLAC စသည်ဖြင့် အခြားသော အာမခံအမျိုးအစားများ ရှိပါသလား။

သင့်တွင် ကျန်းမာရေးစုငွေ / အခွန်လွတ် သုံးစွဲနိုင်သော ငွေစာရင်းတစ်ခု ရှိပါသလား။

သင်၏အလုပ်ရှင်သည် နှုတ်ယူရန်ရှိသူများ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကုန်ကျစရိတ်များကို ပြန်လည်ထုတ်ပေးပါသလား။

ဝင်ငွေနည်းပါးသူများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်တွင် သင် ငြင်းပယ်ခြင်းခံခဲ့ရပါသလား။

ပြည်နယ်အဆင့် ထောက်ပံ့မှုအစီအစဉ်များကို သင်လျှောက်ထားပါသလား

ယခင်အလုပ်ရှင်တစ်ဦးမှတစ်ဆင့် သင် COBRA အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပါသလား။

သင့်တွင် မိသားစု သို့မဟုတ် ဘုရားကျောင်းမှ ကူညီထောက်ပံ့မှု ရှိပါသလား။

* မိသားစုဝင် သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေသူငယ်ချင်းများက ကူညီထောက်ပံ့ပေးအပ်နေပါက သူတို့ မည်သို့ထောက်ပံ့ပေးနေကြောင်း ရှင်းပြသည့် သူတို့ထံမှ စာတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ်တို့လိုအပ်ပါမည်။

လက်မှတ် (တာဝန်ယူထားသူ)

ရက်စွဲ

လက်မှတ် (အိမ်ထောင်ဘက်)

ရက်စွဲ

စာအပေးအယူများအားလုံးကို အောက်ပါအတိုင်း ပေးပို့ပါရန် -

University of Utah Health

Billing Office

PO Box 841482

Los Angeles, CA 90084-1482

အီးမေးလ် - billing@healthcare.utah.edu

ဖက်စ် - 801.213.3385

ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ အသိပေးချက် Utah တက္ကသိုလ် ကျန်းမာရေးစနစ်သည် စာရွက်စာတမ်းတွဲဖက်မှုအား လွယ်ကူစေရန် ကူညီခြင်း၊ သင်၏ အထောက်အထားကို အတည်ပြုခြင်း၊ သင်၏ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း၊ ဓာတ်မတည့်သည့် ဆေးဝါးများနှင့် ရောဂါအခံများကို ထောက်လှမ်းစစ်ဆေးခြင်း၊ အကြွေးကောက်ခံခြင်း၊ ဤအချက်အလက်များကို သင်၏ အာမခံကုမ္ပဏီ၊ ဝင်ငွေနည်းပါးသူများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်၊ စက်မှုလုပ်ငန်းကော်မရှင်တို့ကဲ့သို့သော ငွေထုတ်ပေးသူများသို့ ပေးအပ်ခြင်း စသည့် ပုံမှန်အသုံးပြုမှုများအတွက် သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို လျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းထားသည်။ သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ထုတ်ဖော်ပြောပြခြင်းမှာ မိမိဆန္ဒအလျောက်သာဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် လျှော့စျေးများအတွက် သင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန်နှင့် သင်၏ ချေးငွေကို သက်တမ်းတိုးပေးရန်အတွက် ၎င်းကို လိုအပ်ပါသည်။ သင့်အား ငွေထုတ်ပေးသူသည် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို အထောက်အထားတစ်ရပ်အဖြစ် အသုံးပြုပါက သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ထုတ်ဖော်ပြောပြရန် ပျက်ကွက်ခြင်းကြောင့် အကျိုးဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရန် နှောင့်နှေးခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်ခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်နိုင်ပြီး ထိုဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင် ငွေတောင်းခံရနိုင်ပါသည်။ သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ထိုရည်ရွယ်ချက်များဖြင့် သင်၏ သဘောတူညီချက်နှင့်အတူ အသုံးပြုပါမည်။

Utah တက္ကသိုလ် ကျန်းမာရေးစနစ်သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဥပဒေများကို လိုက်နာပြီး လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်တို့အပေါ်အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုပါ။