

# လျှောက်ထားနည်း



ဆေးရုံမှဆင်းပြီး 45 ရက်အကြာတွင် ပြန်တက်သည့် လူနာမဟုတ်ပါက လူနာတစ်ဦးချင်းစီ အတွက် ဆေးရုံတက်ရောက်ခွင့်ကို လျှောက်လွှာအသစ်ဖြင့် ဖြည့်စွက်လျှောက်ထားပါ။

ပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုသည် ဝန်ဆောင်မှုစတင်ရယူသည့် နေ့မှစ၍ ရက်ပေါင်း 90 အထိတိုင် တရားဝင်ဖြစ်ပါသည်။

1. ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့စွဲ(များ) ကို ဖော်ပြပေးပါ။
2. လျှောက်လွှာ၏အကျုံးဝင်သည့် အပိုင်းအားလုံးကို မဖြစ်မနေဖြည့်စွက်ရပါမည်။
3. လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုးအတည်ပြုပြီး ရက်စွဲတပ်ရပါမည်။
4. If လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသည့် လူမမယ်ကလေးဖြစ်ပါက-
  - တစ်အိမ်တည်း အတူနေထိုင်မှု မိဘနှစ်ပါးစလုံး၏အမည်များကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးရပါမည်။
  - တစ်အိမ်တည်း အတူနေထိုင်မှု ဝင်ငွေ (သိရှိရမည်ဆိုပါက) ကို ဖော်ပြရာတွင် မိဘနှစ်ပါးစလုံး၏ဝင်ငွေကို ဖော်ပြပေးရပါမည်။
  - ဝင်ငွေမှုနာများတွင် စုစုပေါင်းလုပ်ခ (အခွန်စည်းကြပ်ခြင်းမပြုမီ ဝင်ငွေ)၊ ကလေးစရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ အငှားချထားမှုမှ ရရှိသော ဝင်ငွေ၊ အလုပ်လက်မဲ့လျှော်ကြေး၊ လူမှုပူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အစိုးရထောက်ပံ့ရေးစသည်များပါဝင်ပါသည်။

5. စုစုပေါင်းဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားကို တင်ပြရာတွင် လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော အချိန်နှင့် ကိုက်ညီသည့် စာတမ်းအထောက်အထား (ဝန်ဆောင်မှုရယူခြင်းမပြုမီ 3 လ သို့မဟုတ် 12 လအတွင်း ဝင်ငွေကို ဖော်ညွှန်းသည့် အထောက်အထား ဖြစ်ရပါမည်။) ၎င်းအချိန်တွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် လ မပါရှိစေရပါ။

ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားသည် လစာဖြတ်ပိုင်း၊ အလုပ်ရှင်ထံမှ ရငွေရှင်းတမ်း၊ သို့မဟုတ် လူမှုပူလုံရေးထောက်ပံ့ငွေသတ်မှတ်ချက် (Supplemental Security Income, SSI) နှင့် မသန်စွမ်းသူများအတွက် လူမှုပူလုံရေးပံ့ပိုးမှု (Social Security Disability, SSD) များဖြစ်နိုင်ပါသည်။ မှတ်ချက်- ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် ရက်သည် ဇန်နဝါရီလထဲတွင် ဖြစ်ပါက W2's ကိုသာ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

လျှောက်လွှာတွင် ဝင်ငွေကို ဖော်ပြထားပါက အဆိုပါဝင်ငွေအတွက် စာတမ်းအထောက်အထားကို မဖြစ်မနေ ဖော်ပြပေးရပါမည်။ မိတ္တူများကိုသာ ပေးပါ-တင်ပြီး စာရွက်စာတမ်းများကို ပြန်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

ရှင်းလင်းဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက မပြည့်မစုံထည့်သွင်းထားသည့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို လက်ခံရန် မရှိပါ။

6. ဝင်ငွေကို ဇီးရိုး (\$0.00) ဟု ထည့်ထားပါက စားဝတ်နေရေးကုန်ကျစရိတ်များကို မည်ကဲ့သို့ ဖြေရှင်းနေသည်ကို အကျဉ်းဖော်ပြပေးပါ။
7. လျှောက်လွှာကို စိစစ်အတည်ပြုပါ။ လက်မှတ်ထိုးပြီး နေ့စွဲတပ်ပါ။
8. လျှောက်လွှာကို စာတမ်းအထောက်အထားအားလုံးနှင့်တစ်ကွ တင်သွင်းပါ-
  - အွန်လိုင်း- သင်၏ MyChart အကောင့်မှတစ်ဆင့်
  - စာတိုက်မှ ပို့ခြင်းဖြင့်- Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
  - အီးမေးလ်ပို့ခြင်းဖြင့်- စာရွက်စာတမ်းများကို fincounsel@akronchildrens.org သို့ အီးမေးလ်ဖြင့်ပို့ပါ
  - လူကိုယ်တိုင်- ဆေးရုံ၏ တတိယထပ်တွင် သို့မဟုတ် လူနာစာရင်းသွင်းသည့် နေရာ၌ စာရင်းသွင်းပြသခြင်း။
  - ဖက်စ်ပို့ခြင်းဖြင့်- 330-543-3371

သင်သည် ဆေးရုံ၏ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အခမဲ့ကုသခွင့် သို့မဟုတ် စရိတ်မျှပေး ကျန်းမာရေးအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဆေးကုသစရိတ်မတတ်နိုင်သည့် မိသားစုများအတွက် ငွေကြေးအကူအညီကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်လျှက်ရှိပါသည်။

1. ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု အာမခံအစီအစဉ် (Hospital Care Assurance Program, HCAP): အခမဲ့ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီရန်အတွက်ဆိုပါက လူနာများသည် အိုဟိုင်းအိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူဖြစ်ရမည်။ လက်ရှိတွင် Medicaid ကျန်းမာရေးအာမခံရယူထားခြင်းမရှိသူဖြစ်ရမည်။ မိသားစုဝင်ငွေသည် ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များတွင် ဖော်ပြထားသည့် ဝင်ငွေမာဏကို ရရှိနေသူ သို့မဟုတ် ၎င်းပမာဏအောက် လျော့နည်းသည့် ဝင်ငွေရရှိနေသူဖြစ်ရပါမည်။

ထိပ်နေသော ပြည်နယ် 48 ခုနှင့် ကိုလံဘီယာအရိုင်အတွက် 2024 ခုနှစ်၊ ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များ	
မိသားစု/အိမ်ထောင်စုရှိ လူဦးရေ	ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720

မိသားစု/အိမ်ထောင်စုတွင် လူဦးရေ 8 ဦးအထက်ရှိပါက လူပိုတစ်ဦးချင်းစီအတွက် \$5,380 ပေါင်းထည့်ပါ။

2. သင်သည် HCAP အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းမရှိပါက သို့မဟုတ် ဆင်းရဲမွဲတေမှုအဆင့်သတ်မှတ်ချက်ထက်ကျော်လွန်သည့် ဝင်ငွေကို ရရှိနေသူဖြစ်ပါက သင်သည် အခြားထောက်ပံ့ကြေးများအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ငွေကြေးအခက်အခဲရှိသော မိသားစုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ လျော့ချပေးခြင်း သို့မဟုတ် ဇီဝိတဒါနကုသမှု အစီအစဉ်များကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီအတွက် မေးမြန်းလိုသည်များနှင့် လျှောက်ထားနည်းကို စုံစမ်းမေးမြန်းရန်အတွက် ငွေရေးကြေးရေးအတိုင်ပင်ခံဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ- 330-543-2455.

ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများရရှိနိုင်ပါသည်။ အခြားဘာသာစကားများသို့လည်း ပြန်ဆိုပေးနေပါသည်။ အကူအညီရယူရန်အတွက် ဘာသာစကားအသုံးပြုမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာနကို ဆက်သွယ်ပါ။

**စကားပြန်များလည်း ရှိပါသည်**

သင့်အတွက် ညီညွတ်စွာဆောင်ရွက်ရန် Akron Children's Hospital က အခမဲ့ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအခွင့်အရေးဖြင့် ဖြစ်ပါသည်။

- များစွာနည်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် စကားပြန်များ
- ဘာသာစကား 200 ကျော်ဖြင့် ဖွဲ့စည်းနိုင်သည့် ဝီဒီယိုဖုန်းဆိုင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် စကားပြန်များ
- နားကြားသူများ များပါပြန်များ သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ရေးဆိုင်ရာဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အထောက်အကူပေးသည့် ဆက်သွယ်ရေးကိရိယာများ

အကူအညီရယူရန်အတွက် မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုကိုမဆို မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။ ဘာသာစကားအသုံးပြုမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန- 330-543-3036

# ဆေးရုံစရိတ်ကုန်ကျငွေပေးချေရန်အတွက် အကူအညီလိုအပ်နေပါသလား။

အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်မျှပေး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို Akron Children's က ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။

## ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလိုအပ်ပါက-

1. သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် မိသားစုများအတွက် အခမဲ့ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု အာမခံအစီအစဉ် က ပံ့ပိုးပေးအပ်လျှက်ရှိပါသည်။
2. HCAP အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းမရှိသူများအတွက် စရိတ်မျှပေး ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဇီဝိတဒါနကုသမှုကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။



## သင့်ဆေးရုံစရိတ်ကုန်ကျငွေပေးချေရန်အတွက် အကူအညီလိုအပ်နေပါက-

- ဤလျှောက်လွှာပုံစံကို ဖြည့်သွင်းပါ။ မည်သည့်အကူအညီများကို ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေသည်။ မည်သို့လျှောက်ထားရမည်ဆိုသည်နှင့် စပ်လျဉ်းပြီး စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက ငွေရေးကြေးရေးအတိုင်ပင်ခံဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ-fincounsel@akronchildrens.org 330-543-2455။

သင်၏ငွေတောင်းခံလွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အသုံးပြုသူဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ- 330-543-8500, 800-933-7440

One Perkins Square  
Akron, OH 44308  
330-543-1000  
akronchildrens.org



# ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလျှောက်လွှာ (HCAP/ဇီဝိတဒါနကုသမှု)

ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့စွဲ(များ)- \_\_\_\_\_

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလိုအပ်နေသည့် လူနာများအတွက် ၎င်းတို့၏စီးပွားရေးအခြေအနေမည်သို့ရှိစေကာမူ ၎င်းတို့၏ဝင်ငွေအနည်းအများကို လိုက်၍ ပေးချေရသည့် စနစ်အပေါ်တွင် အခြေခံထားသော ငွေကြေးအကူအညီအစီအစဉ်တစ်ရပ်ကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။

Medicaid မှ ထောက်ပံ့ကြေးဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်မပြည့်မီသူများသည် ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များအပေါ် အခြေခံထားသည့် ဇီဝိတဒါနကုသမှုဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်များကို ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

## လူနာ၏အချက်အလက်

အမည်အပြည့်အစုံ \_\_\_\_\_

လိပ်စာ \_\_\_\_\_

မြို့ \_\_\_\_\_

ပြည်နယ် \_\_\_\_\_ စာပို့သင်္ကေတ \_\_\_\_\_

ဖုန်း \_\_\_\_\_

လူနာ၏လူမှုဖူလုံရေးကတ်အမှတ် (Social Security number, SSN) \_\_\_\_\_

## #1 အာမခံပေးသူ (ဆေးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်ပေးချေရန် တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်)

အမည်အပြည့်အစုံ \_\_\_\_\_

လိပ်စာ \_\_\_\_\_

မြို့ \_\_\_\_\_

ပြည်နယ် \_\_\_\_\_ စာပို့သင်္ကေတ \_\_\_\_\_

ဖုန်း \_\_\_\_\_

## #2 အာမခံပေးသူ (ဆေးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်ပေးချေရန် တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်)

အမည်အပြည့်အစုံ \_\_\_\_\_

လိပ်စာ \_\_\_\_\_

မြို့ \_\_\_\_\_

ပြည်နယ် \_\_\_\_\_ စာပို့သင်္ကေတ \_\_\_\_\_

ဖုန်း \_\_\_\_\_

### သင့်လျှောက်လွှာကို စီမံဆောင်ရွက်ပေးရန်အတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများကို မဖြစ်မနေဖြေဆိုရပါမည်-

- ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့တွင် အိုဟိုင်းအိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်နေသူဖြစ်ပါသလား။  ဖြစ်  မဖြစ်
- လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် Medicaid မဟုတ်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံကို ရယူထားပါသလား။  ယူ  မယူ ရယူထားပါက အာမခံကုမ္ပဏီအမည်နှင့် အိုင်ဒီနံပါတ်ကို ဖော်ပြပေးပါ- \_\_\_\_\_
- လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် Medicaid အာမခံကို ရယူထားသူဖြစ်နေခဲ့ပါသလား။  ဖြစ်  မဖြစ် ရယူထားပါက Medicaid ရယူထားသူအိုင်ဒီနံပါတ်- \_\_\_\_\_

Check သင်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်သူဖြစ်ပါက သင့် 1040 ကိုပါ ထည့်သွင်းပြီး သင့်တော်သည့် ရက်ချိန်းကို စီစဉ်ပါ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့ရက်မတိုင်မီ 3 လအတွင်းက W2/1099 အရုံး/အမြတ်ရှင်းတမ်းကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။

လူနာတင်မကဘဲ တစ်အိမ်တည်း အတူနေသူအားလုံးနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အောက်ပါအချက်အလက်များကိုပါ ဖြည့်သွင်းပေးပါ။ ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု အာမခံအစီအစဉ် HCAP အတွက် "မိသားစု" ကို ဖော်ပြပါအတိုင်း အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုပါသည်- လူနာ၊ လူနာ၏မိဘနှစ်ပါး၊ လူနာ၏မောင်နှမများ (အရင်း သို့မဟုတ် မွေးစားမောင်နှမ) \*လိုအပ်ပါက နောက်ထပ်စာရွက်တစ်ရွက်ဖြင့် ဖြည့်ပေးပါ

မိသားစုဝင်၏အမည်	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ	မွေးသက္ကရာဇ်	ဝင်ငွေရင်းမြစ် သို့မဟုတ် အလှူရှင်အမည်	အလုပ်တွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့သည့် နှစ်	ဝန်ဆောင်မှုမရယူမီ 3 လအတွင်း စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	ဝန်ဆောင်မှုမရယူမီ 12 လအတွင်း စုစုပေါင်းဝင်ငွေ
1.	လူနာ					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားလည်း ပါရှိရပါမည်။ ဝင်ငွေနှုန်းများတွင် စုစုပေါင်းလုပ်ခ (အခွန်စည်းကြပ်ခြင်းမပြုမီ ဝင်ငွေ)၊ ကလေးစရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ အငှားချထားမှုမှ ရရှိသော ဝင်ငွေ၊ အလုပ်လက်မဲ့လျော်ကြေး၊ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အစိုးရထောက်ပံ့ကြေးစသည်များပါဝင်ပါသည်။

သင့်ဝင်ငွေ ဇီးရိုး (\$0.00) မရှိကြောင်း အစီရင်ခံမည်ဆိုပါက ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့မတိုင်မီက အခြေခံစားဝတ်နေရေးလိုအပ်ချက်များအား မည်သည့် ပံ့ပိုးမှုဖြင့် ဖြေရှင်းခဲ့သည်ကို ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။

ရုံးသုံးရန်အတွက်သာ	
HCAP	ဇီဝိတဒါန
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော အချက်အလက်များသည် ပြည့်စုံမှန်ကန်သည်ဟု ကျွန်ုပ်ဘက်က ယုံကြည်သည်အတိုင်း အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်လောက်သည့် အကောင်းဆုံးအကူအညီအတွက် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ပေးပါရန် AKRON CHILDREN'S အား ကျွန်ုပ်က ခွင့်ပြုပေးပါသည်။ အကူအညီပေးနိုင်ရန်အလို့ငှာ နောက်ထပ်အချက်အလက်များရယူရန် သို့မဟုတ် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော ငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အတည်ပြုရန်အတွက် AKRON CHILDREN'S မှ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက ကျွန်ုပ်ထံသို့ ဆက်သွယ်လာနိုင်ကြောင်းကို နားလည်သိရှိပါသည်။

လျှောက်ထားသူ/မိဘ လက်မှတ် \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ \_\_\_\_\_

\* ဤလျှောက်လွှာတွင် ဒုတိယစာရွက်ပါရှိပါက ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပါ