

လျှောက်ထားနည်း



လူနာသည် ဆေးရုံဆင်းပြီး 45 ရက်အတွင်း တွင်သော ရောဂါအခြေအနေအတွက် ဆေးရုံသို့ ပြန်လည်တက်ရောက်ကုသခြင်းမရှိပါက လူနာတစ်ဦးချင်းစီအတွက် သီးခြားလျှောက်လွှာတစ်စောင်ချင်းစီကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုသည် ဝန်ဆောင်မှုတင်ရယူသည့် နေ့မှစ၍ ရက်ပေါင်း 90 အထိတိုင် တရားဝင်ပါမည်။

1. သင့်အား ဝန်ဆောင်မှုပေးအပ်သည့် ရက်စွဲကို ဖြည့်စွက်ပါ။
2. လျှောက်လွှာ ပုံစံပေါ်ရှိ သက်ဆိုင်ရာ နယ်ပယ်အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။
3. လျှောက်လွှာပုံစံကို အတည်ပြုလက်မှတ်ရေးထိုးရမည် ဖြစ်ပြီး ရက်စွဲတပ်ထားရပါမည်။
4. လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသော ကလေးတစ်ဦးဖြစ်လျှင် -
 - မိဘများသည် အိမ်တွင်နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ မနေထိုင်သည်ဖြစ်စေ မိဘနှစ်ဦးစလုံး၏ အမည်များကို ပေးရပါမည်။
 - ဝင်ငွေ (သို့မဟုတ် အခြား) မိဘများသည် အိမ်တွင် နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ မနေထိုင်သည်ဖြစ်စေ မိဘနှစ်ဦးစလုံးအတွက် ဝင်ငွေကို ဖော်ပြပေးရပါမည်။
 - ဝင်ငွေနှုန်းများတွင် စုစုပေါင်း လုပ်အားခ (အခွန်နုတ်ယူခြင်းမပြုမီ)၊ ကလေးစရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ အငှားချဝင်ငွေ၊ အလုပ်လက်မဲ့လျော်ကြေး၊ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များစသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။
5. လျှောက်လွှာပုံစံတွင် ဖော်ပြထားသော အချိန်အတိုက်အကျအတွက် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားများကို တင်ပြပေးရပါမည် (ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့ မတိုင်မီ 3 လ သို့မဟုတ် 12 လ)။ ၎င်းတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် လ မပါဝင်ပါ။

ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားများသည် လစာစာရွက်များ၊ အလုပ်ရှင်ထံမှ ဝင်ငွေစာရင်းဖော်ပြချက်၊ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးထပ်ဆောင်းထောက်ပံ့ငွေ (Supplemental Security Income, SSI)၊ လူမှုဖူလုံရေးမှ ပေးအပ်သည့် မသန်စွမ်း ဖြစ်မှုအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များ (Social Security Disability, SSD) ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များဖြစ်နိုင်ပါသည်။ မှတ်ချက်- ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် ရက်သည် ဝန်ဆောင်မှုရယူအတွင်းတွင် ဖြစ်ပါက လုပ်ခလစာနှင့် အခွန်စာရင်း W2 ကိုသာ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

ဝင်ငွေကို လျှောက်လွှာတွင် ထည့်သွင်းဖော်ပြထားလျှင် ထိုဝင်ငွေရှိကြောင်း အတည်ပြုပေးမည့် စာတမ်းအထောက်အထားများကို မဖြစ်မနေ ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးရပါမည်။ ကျေးဇူးပြု၍ မိတ္တူများကိုသာ ပေးပါ- စာတမ်းအထောက်အထားများကို ပြန်လည်ပေးအပ်မည်မဟုတ်ပါ။

ရှင်းလင်းဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက အပြည့်အစုံထည့်သွင်းထားခြင်းမရှိသည့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို လက်ခံမည် မဟုတ်ပါ။

6. ဝင်ငွေသည် သူညီ (\$0.00) ဖြစ်နေပါက သင့်စားဝတ်နေရေးကုန်ကျစရိတ်များကို မည်သို့မည်ပုံဖြေရှင်းနေသည်အကြောင်း အကျဉ်းဖော်ပြချက်ကို မဖြစ်မနေ ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။
7. လျှောက်လွှာကိုစစ်ဆေး၍၊ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ပါ။
8. လျှောက်လွှာနှင့်စာတမ်းအထောက်အထားအားလုံးကို တင်သွင်းပါ။-

- အွန်လိုင်း- သင်၏ MyChart အကောင့်မှတစ်ဆင့်
- စာတိုက်ဖြင့်- Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
- အီးမေးလ်ဖြင့်- စာတမ်းအထောက်အထားများကို fincounsel@akronchildrens.org သို့ အီးမေးလ်ဖြင့် ပို့ပါ
- ကိုယ်တိုင်လက်ရောက်ပေးအပ်ခြင်း- ဆေးရုံ၏ 3 ထပ် သို့မဟုတ် မည်သည့် လူနာမှတ်ပုံတင်နေရာတွင်မဆို လက်ခံပေးခြင်း။
- ဖက်စ်ဖြင့်- 330-543-3371

သင်သည် ဆေးရုံတွင် ပြုစုကုသမှုကို အခမဲ့ သို့မဟုတ် သက်သာသော နှုန်းထားဖြင့် ရယူရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဆေးရုံကုန်ကျစရိတ်မပေးချေနိုင်သည့် မိသားစုများကို Akron Children's က ငွေကြေးထောက်ပံ့ပေးပါသည်။

1. ဆေးရုံကုသစရိတ် အာမခံအစီအစဉ် (Hospital Care Assurance Program, HCAP)- အခမဲ့ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီရန် လူနာများသည် အိုဟိုင်းအိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူဖြစ်ပြီး လက်ရှိတွင် Medicaid ရယူထားခြင်းမရှိသူ၊ မိသားစုဝင်ငွေသည် ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု လမ်းညွှန်ချက်များပါ သတ်မှတ်အဆင့် သို့မဟုတ် ယင်းအဆင့်အောက်သို့ ရောက်နေသူများဖြစ်ရပါမည်။

ဆက်စပ်ပြည့်နယ် 48 ခုနှင့် ကိုလံဘီယာခရိုင်အတွက် 2026 ခုနှစ်၊ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု ဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များ	
မိသားစု/အိမ်ထောင်စုရှိ လူဦးရေ	ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များ
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720

လူဦးရေ 8 ယောက်နှင့်အထက်ရှိသော မိသားစု/အိမ်ထောင်စုများအတွက် တစ်ဦးထပ် တိုးလျှင် \$5,680 ပေါင်းထည့်ပေးပါ။

2. သင်သည် HCAP အတွက် သတ်မှတ်ချက်မပြည့်မီလျှင် သို့မဟုတ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု အဆင့်အထက် ဝင်ငွေရှိမည်ဆိုလျှင် အခြားအကူအညီဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်များကို ပြည့်မီပါမည်။ ငွေကြေးအခက်အခဲရှိသော မိသားစုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များလျော့ချပေးသည့် သို့မဟုတ် ပရဟိတ ကုသမှုပေးသည့် အစီအစဉ်များကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီအတွက် မေးမြန်းလိုသည်များနှင့် မည်ကဲ့သို့ လျှောက်ထားရမည်ကို စုံစမ်းမေးမြန်းရန်အတွက် ငွေရေးကြေးရေးအတိုင်ပင်ခံဌာန သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ- 330-543-2455။

ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ပါသည်- အခြားဘာသာစကားများဖြင့်လည်း အကူအညီပေးပါသည်။ အကူအညီအတွက် ဘာသာစကားရယူမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (Language Access Services) သို့ ဆက်သွယ်ပါ။



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



ဆေးရုံကျသင့်ငွေပေးချေရန် အကူအညီလိုပါသလား။

အခမဲ့ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်လျော့ချထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများကို Akron Children's က ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလိုအပ်ပါက-

1. သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော မိသားစုများအတွက် အခမဲ့ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို HCAP က ပံ့ပိုးပေးအပ်နေပါသည်။
2. သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းမရှိသည့် မိသားစုများအတွက်လည်း ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို ကုန်ကျစရိတ်လျော့ချ၍ဖြစ်စေ၊ ပရဟိတကုသပေးခြင်းဖြင့် ဖြစ်စေ Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။



သင့်ဆေးရုံစရိတ်ကုန်ကျငွေပေးချေရန်အတွက် အကူအညီလိုအပ်နေပါက-

- ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။ ကမ်းလှမ်းပေးအပ်လျှက်ရှိသည့် အကူအညီများနှင့် ယင်းတို့ကို မည်သို့လျှောက်ထားရမည်နှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများအတွက် ငွေရေးကြေးရေးအကြံပေးဌာန fincounsel@akronchildrens.org သို့မဟုတ် 330-543-2455 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

သင်၏ငွေတောင်းခံလွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အသုံးပြုသူဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ- 330-543-8500၊ လ800-933-7440



ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီ လျှောက်လွှာ (HCAP/ပရဟိတ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု)

ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် ရက်စွဲ(များ)- _____

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလိုအပ်နေသည့် လူနာများအတွက် ၎င်းတို့၏စီးပွားရေးအခြေအနေမည်သို့ရှိစေကာမူ ၎င်းတို့၏ဝင်ငွေအနည်းအများကို လိုက်၍ ပေးချေရသည့် စနစ်အပေါ်တွင် အခြေခံထားသော ငွေကြေးအကူအညီအစီအစဉ်တစ်ရပ်ကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။ Medicaid မှတစ်ဆင့် အကူအညီရယူရန် သတ်မှတ်ချက်မပြည့်မီသော လူနာများသည် ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုလမ်းညွှန်ချက်များအပေါ် အခြေခံ၍ ပရဟိတ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

လူနာ၏အချက်အလက်

အမည်အပြည့်အစုံ _____

လိပ်စာ _____

မြို့ _____

ပြည်နယ် _____ စာပို့သင်္ကေတ _____

ဖုန်း _____

လူနာ၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (Social Security Number, SSN) _____

#1 အာမခံသူ (ကျသင့်ငွေပေးဆောင်ရန် တာဝန်ရှိသူ)

အမည်အပြည့်အစုံ _____

လိပ်စာ _____

မြို့ _____

ပြည်နယ် _____ စာပို့သင်္ကေတ _____

ဖုန်း _____

#2 အာမခံသူ (ကျသင့်ငွေပေးဆောင်ရန် တာဝန်ရှိသူ)

အမည်အပြည့်အစုံ _____

လိပ်စာ _____

မြို့ _____

ပြည်နယ် _____ စာပို့သင်္ကေတ _____

ဖုန်း _____

သင်၏လျှောက်လွှာကို စီမံဆောင်ရွက်ပေးရန်အတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများကို မဖြစ်မနေဖြေဆိုရပါမည်-

- လူနာသည် ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့တွင် အိုဟိုင်းအိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
 - လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် Medicaid မဟုတ်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက အာမခံကုမ္ပဏီအမည်နှင့် အိုင်ဒီနံပါတ်- _____
 - လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် လက်ရှိအသက်ဝင်နေသည့် Medicaid အာမခံရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက Medicaid လက်ခံသူ အိုင်ဒီနံပါတ်- _____
- သင်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်သူ၊ ဟုတ်၊ မဟုတ်ကို စစ်ဆေးပြီး သင်၏ 1040 နှင့် သက်ဆိုင်ရာစာရွက်ပိုဒ်များ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့မတိုင်မီ 3 လအတွက် W2/1099 အမြတ်/အရှုံးစာရင်းကို ထည့်သွင်းပါ။

လူနာတစ်ဦးကတည်း တစ်အိမ်တည်း အတူနေသူအားလုံးနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အောက်ပါအချက်အလက်များကိုပါ ဖြည့်သွင်းပေးပါ။ **HCAP** အတွက် "မိသားစု" ကို လူနာ၊ လူနာ၏မိဘများ၊ လူနာ၏မောင်နှမများ (အရင်းအချာ သို့မဟုတ် မွေးစားမောင်နှမများ) ဟုအနက်ဖွင့်ထားသည်။ ***လိုအပ်ပါက စာရွက်ထပ်ဖြည့်ပြီး ရှင်းပြပေးပါ။**

မိသားစုဝင်၏အမည်	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ	မွေးသက္ကရာဇ်	ဝင်ငွေရင်းမြစ် သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်အမည်	အလုပ်တွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့သည့် နှစ်	ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့မတိုင်မီ 3 လအတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့မတိုင်မီ 12 လအတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ
1.	လူနာ					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားလည်း ပူးတွဲပါရှိရပါမည်။ ဝင်ငွေနှုန်းများတွင် စုစုပေါင်း လုပ်အားခ (အခွန်နုတ်ယူခြင်းမပြုမီ)၊ ကလေးစရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ အငှားချခင်းငွေ၊ အလုပ်လက်မဲ့လျှော့ကြေး၊ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များစသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။ သင့်ဝင်ငွေသည် သုည (\$0.00) ဖြစ်သည်ဟု အစီရင်ခံထားပါက ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နေ့မတိုင်မီက သင့်စားဝတ်နေရေးအခြေခံကုန်ကျစရိတ်များအား မည်သို့ဖြေရှင်းခဲ့သည်ကို အောက်တွင် ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။ ***လိုအပ်ပါက စာရွက်ထပ်ဖြည့်ပြီး ရှင်းပြပေးပါ။**

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

အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော အချက်အလက်များသည် ပြည့်စုံမှန်ကန်သည်ဟု ကျွန်ုပ်ဘက်က အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်ရသင့်ရထိုက်သည့် အကောင်းဆုံးအကူအညီအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီအောင် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ပေးပါရန် **AKRON CHILDREN'S** အား ခွင့်ပြုပါသည်။ အကူအညီပေးအပ်နိုင်ရန်အတွက် **AKRON CHILDREN'S** မှ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးသည် နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် ကျွန်ုပ်ထံသို့ ဆက်သွယ်လာနိုင်သည် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသော ငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို စစ်ဆေးအတည်ပြုရန်အတွက် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းအား အသုံးပြုနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။

* ဤလျှောက်လွှာတွင် ဒုတိယစာရွက်ပါရှိပါက ဤနေရာတွင် စစ်ဆေးပါ

လျှောက်ထားသူ/မိဘ လက်မှတ်ရေးထိုးရက်စွဲ _____ ရက်စွဲ _____