

လျှောက်ထားနည်း

ဆေးရုံမှဆင်းပြီး 45 ရက်အတွင်းတွင် တူညီသည့် အခြေအနေဖြင့် ဆေးရုံပြန်တက်သည့် လူနာမဟုတ်ပါက လူနာတစ်ဦးချင်းစီအတွက် ဆေးရုံတက်ရောက်ခွင့်ကို လျှောက်လွှာအသစ်ဖြင့် ဖြည့်စွက်လျှောက်ထားပါ။

ပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုသည် ဝန်ဆောင်မှုစတင်ရယူသည့် နေ့မှစ၍ ရက်ပေါင်း 90 အထိ တရားဝင်ပါမည်။

1. ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် ရက်(များ) ကို ဖြည့်သွင်းပါ။
 2. လျှောက်လွှာ၏အကျိုးဝင်သည့် အပိုင်းအားလုံးကို မဖြစ်မနေ ပြည့်စုံအောင် ဖြည့်သွင်းရပါမည်။
 3. လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုး အတည်ပြုပြီး ရက်စွဲတပ်ရပါမည်။
 4. လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသည့် လူမမယ်ကလေးဖြစ်ပါက-
 - တစ်အိမ်တည်း အတူနေသည့်ဖြစ်စေ၊ မနေသည့်ဖြစ်စေ မိဘနှစ်ပါးစလုံး၏အမည်များကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးရပါမည်။
 - တစ်အိမ်တည်း အတူနေသည့်ဖြစ်စေ၊ မနေသည့်ဖြစ်စေ ဝင်ငွေ (သိရှိမည်ဆိုပါက) ကို ဖော်ပြရာတွင် မိဘနှစ်ပါးစလုံး၏ ဝင်ငွေ ကို ဖော်ပြပေးရပါမည်။
 - ဝင်ငွေမှန်မှန်များ တွင် စုစုပေါင်းလုပ်အားခ (အခွန်စည်းကြပ်ခြင်းမပြုမီ ဝင်ငွေ)၊ ကလေးစရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ အငှားချထားမှုမှ ရရှိသော ဝင်ငွေ၊ အလုပ်လက်မဲလျော်ကြေး၊ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အစိုးရထောက်ပံ့ကြေးစသည်များပါဝင်ပါသည်။
 5. စုစုပေါင်းဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားကို တင်ပြရာတွင် လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော အချိန်နှင့် ကိုက်ညီသည့် စာတမ်းအထောက်အထား (ဝန်ဆောင်မှုရယူခြင်း မပြုမီ 3 လ သို့မဟုတ် 12 လအတွင်း ဝင်ငွေကို ဖော်ညွှန်းသည့် အထောက်အထားဖြစ်ရပါမည်) ကို တင်ပြရပါမည်။ ၎င်းအချိန်တွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် လ မပါရှိစေရပါ။
- ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားသည် လစာဖြတ်ပိုင်း၊ အလုပ်ရှင်ထံမှ ရငွေရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးထောက်ပံ့ငွေသတ်မှတ်ချက် (Supplemental Security Income, SSI) နှင့် မသန်စွမ်းသူများအတွက် လူမှုဖူလုံရေးပံ့ပိုးမှု အာမခံ (Social Security Disability, SSD) များဖြစ်နိုင်ပါသည်။ မှတ်ချက်- ဝန်ဆောင်မှုရယူ သည့် ရက်သည် ဇန်နဝါရီလအတွင်းတွင် ဖြစ်ပါက W2's ကိုသာ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။
- လျှောက်လွှာတွင် ဝင်ငွေကို ဖော်ပြထားပါက အဆိုပါဝင်ငွေအတွက် စာရွက်စာတမ်းအထောက်အထားကို မဖြစ်မနေ ဖော်ပြပေးရပါမည်။ ကျေးဇူးပြု၍ မိတ္တူများကိုသာ တင်ပြပေးပါ-တင်ပြပြီး စာရွက်စာတမ်းများကို ပြန်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။
- ရှင်းလင်းဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက အပြည့်အစုံထည့်သွင်းထားခြင်းမရှိသည့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို လက်ခံမည်မဟုတ်ပါ။
6. ဝင်ငွေကို သူ (အ.00) ဟု ထည့်ထားပါက စားဝတ်နေရေးကုန်ကျစရိတ်များအား သင်မည်ကဲ့သို့ ဖြေရှင်းနေသည်ကို မဖြစ်မနေ အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြပေးရပါမည်။
 7. လျှောက်လွှာကို စီစစ်အတည်ပြုပါ။ လက်မှတ်ထိုးပြီး နေ့စွဲတပ်ပါ။
 8. လျှောက်လွှာကို စာတမ်းအထောက်အထားအားလုံးနှင့်တစ်ကွ တင်သွင်းပါ-
 - အွန်လိုင်း- သင်၏ MyChart အကောင့်မှတစ်ဆင့်
 - စာတိုက်မှပို့ခြင်းဖြင့်- Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - အီးမေးလ်ပို့ခြင်းဖြင့်- စာရွက်စာတမ်းများကို fincounsel@akronchildrens.org သို့ အီးမေးလ်ဖြင့်ပို့ပါ
 - လူကိုယ်တိုင်- ဆေးရုံ၏ တတိယထပ်တွင် သို့မဟုတ် လူနာစာရင်းသွင်းသည် နေရာတစ်ခုခုရှိ စာရင်းသွင်းပြသခြင်း။
 - ဖက်စ်ပို့ခြင်းဖြင့်- 330-543-3371



သင်သည် ဆေးရုံ၏ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အခမဲ့ကုသခွင့် သို့မဟုတ် စရိတ်မျှပေး ကျန်းမာရေးအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဆေးကုသစရိတ်မတတ်နိုင်သည့် မိသားစု များအတွက် ငွေကြေးအကူအညီကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်လျက်ရှိပါသည်။

1. ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု အာမခံအစီအစဉ် (Hospital Care Assurance Program, HCAP)- အခမဲ့ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီရန်အတွက်ဆိုပါက လူနာ များသည် အိမ်တွင်းအိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူဖြစ်ရမည်။ လက်ရှိတွင် Medicaid ကျန်းမာရေး အာမခံရယူထားခြင်းမရှိသူဖြစ်ရမည်။ မိသားစုဝင်ငွေသည် ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်း ဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များတွင် ဖော်ပြထားသည့် ဝင်ငွေပမာဏကို ရရှိနေသူ သို့မဟုတ် ၎င်းပမာဏ အောက် လျော့နည်းသည့် ဝင်ငွေရရှိနေသူဖြစ်ရပါမည်။

ထိစပ်နေသော ပြည်နယ် 48 ခုနှင့် ကိုလံဘီယာခရိုင်အတွက် 2025 ခုနှစ်၊ ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များ	
မိသားစု/အိမ်ထောင်စုရှိ လူဦးရေ	ဆင်းရဲမွဲတေမှုသတ်မှတ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်
1	\$15.650
2	\$21.150
3	\$26.650
4	\$32.150
5	\$37.650
6	\$43.150
7	\$48.650
8	\$54.150
လူဦးရေ 8 ဦးနှင့်အထက်ရှိသည့် မိသားစု/အိမ်ထောင်စုများအတွက် ထပ်တိုးလူတစ်ဦးချင်းစီအတွက် \$5,500 ပေါင်းထည့်ပါ။	

2. သင်သည် HCAP အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းမရှိပါက သို့မဟုတ် ဆင်းရဲမွဲတေပါး မှုအဆင့်သတ်မှတ်ချက်ထက်ကျော်လွန်သည့် ဝင်ငွေကို ရရှိနေသူဖြစ်ပါက သင်သည် အခြား ထောက်ပံ့ကြေးများအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ငွေကြေးအခက်အခဲရှိသော မိသားစု များအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ လျှော့ချပေးခြင်း သို့မဟုတ် ဇီဝိတဒါနကုသမှုအစီအစဉ်များကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီအတွက် မေးမြန်းလိုသည်များနှင့် မည်ကဲ့သို့ လျှောက်ထားရမည်ကို စုံစမ်းမေးမြန်းရန်အတွက် ငွေရေးကြေးရေးအတိုင်ပင်ခံဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ- 330-543-2455.

ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ပါသည်- အခြားဘာသာစကားပြန်ဆိုမှုအကူအညီများကိုလည်း ပံ့ပိုးပေးထားပါသည်။ အကူအညီရယူရန်အတွက် ဘာသာစကားအသုံးပြုမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာနသို့ ဆက်သွယ်ပါ။

စကားပြန်များလည်း ရှိပါသည်

သင်အတွက် ဤဝန်ဆောင်မှုများကို Akron Children's Hospital က အခမဲ့ပေးအပ်နေခြင်းဖြစ်ပါသည်။

- များစွာအသုံးပြုနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများသည် စကားပြန်များ
- ဘာသာစကား 200 ကျော်ဖြင့် ဖန်တီးနိုင်သည့် အသံသွင်းဆိုင်
- ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် စကားပြန်များ
- များစွာကုသမှုများ မျက်မှောက်တွင် သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ခြင်းအမျိုးမျိုးတွင် မသန်စွမ်းသူများအတွက် အထောက်အကူပေးသည့် ဆက်သွယ်ရေး ကိရိယာများ

အကူအညီရယူရန်အတွက် မည်သည့်ဝန်ထမ်းကိုမဆို ဖော်ပြနိုင်ပါသည်။ ဘာသာစကားအသုံးပြုမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန- 330-543-3036

One Perkins Square
Akron, OH 44308
330-543-1000
akronchildrens.org
02/25- 6334



ဆေးရုံစရိတ်ကုန်ကျငွေပေးချေရန်အတွက် အကူအညီလိုအပ်နေပါသလား။

အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်မျှပေး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို Akron Children's က ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။

ငွေရေးကြေးရေးအကူအညီလိုအပ်ပါက-

1. သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် မိသားစုများအတွက် အခမဲ့ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု အာမခံအစီအစဉ် (Hospital Care Assurance Program, HCAP) က ပံ့ပိုးပေးအပ်လျက်ရှိပါသည်။
2. HCAP အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းမရှိသူများအတွက် စရိတ်မျှပေး ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဇီဝိတဒါနကုသမှုကို Akron Children's က ကမ်းလှမ်း ပေးအပ်နေပါသည်။



သင်ဆေးရုံစရိတ်ကုန်ကျငွေပေးချေရန်အတွက် အကူအညီလိုအပ်နေပါက-

- ဤလျှောက်လွှာပုံစံကို ဖြည့်သွင်းပါ။ မည်သည့်အကူအညီများကို ကမ်းလှမ်းပေးအပ်နေသည်၊ မည်သို့လျှောက်ထားရမည်ဆိုသည်နှင့် စပ်လျဉ်းပြီး စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက ငွေရေးကြေးရေးအတိုင်ပင်ခံဌာနသို့ fincounsel@akronchildrens.org မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ပါ သို့မဟုတ် 330-543-2455 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

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



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၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (Social Security Number, SSN) _____

#1 အာမခံပေးသူ (ဆေးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသည့်ပုဂ္ဂိုလ်)

အမည်အပြည့်အစုံ _____

လိပ်စာ _____

မြို့ _____

ပြည်နယ် _____ စာပို့သင်္ကေတ _____

ဖုန်း _____

#2 အာမခံပေးသူ (ဆေးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသည့်ပုဂ္ဂိုလ်)

အမည်အပြည့်အစုံ _____

လိပ်စာ _____

မြို့ _____

ပြည်နယ် _____ စာပို့သင်္ကေတ _____

ဖုန်း _____

သင်၏လျှောက်လွှာကို စီမံဆောင်ရွက်ပေးရန်အတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများကို မဖြစ်မနေဖြေဆိုရပါမည်-

- လူနာသည် ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့တွင် အိုဟိုင်းအိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်နေသူ ဟုတ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
 - လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် Medicaid မဟုတ်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံကို ရယူထားခြင်းရှိပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ရယူထားပါက အာမခံကုမ္ပဏီအမည်နှင့် အိုင်ဒီနံပါတ်ကို ဖော်ပြပေးပါ- _____
 - လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် Medicaid အာမခံကို ရယူထားသူ ဟုတ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ရယူထားပါက Medicaid ရယူထားသူအိုင်ဒီနံပါတ်- _____
- ☐ သင်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်သူဖြစ်ပါက သင့် 1040 ကိုပါ ထည့်သွင်းပြီး သင့်တော်သည့် ရက်ချိန်းကို စီစဉ်ပါ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့ရက်မတိုင်မီ 3 လအတွင်းက W2/1099 အရှုံး/အမြတ်ရှင်းတမ်းကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။
- လူနာတင်မကဘဲ တစ်အိမ်တည်း အတူနေသူအားလုံးနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အောက်ပါအချက်အလက်များကိုပါ ဖြည့်သွင်းပေးပါ။ **HCAP** အတွက် “မိသားစု” ကို ဖော်ပြပါအတိုင်း အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုပါသည်- လူနာ၊ လူနာ၏မိဘနှစ်ပါး၊ လူနာ၏မောင်နှမများ (အရင်း သို့မဟုတ် မွေးစားမောင်နှမ)
- *လိုအပ်ပါက နောက်ထပ်စာရွက်တစ်ရွက်ဖြင့် ဖြည့်ပေးပါ။

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

ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ဝင်ငွေဆိုင်ရာ စာတမ်းအထောက်အထားလည်း ပူးတွဲပါရှိရပါမည်။ ဝင်ငွေနမူနာများတွင် စုစုပေါင်းလုပ်ခ (အခွန်စည်းကြပ်ခြင်းမပြုမီ ဝင်ငွေ)၊ ကလေးစရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ အငှားချထားမှုမှ ရရှိသော ဝင်ငွေ၊ အလုပ်လက်မဲ့လျော်ကြေး၊ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အစိုးရထောက်ပံ့ကြေးစသည်များပါဝင်ပါသည်။ သင့်ဝင်ငွေသည် သုည (\$0.00) ဖြစ်ကြောင်း အစီရင်ခံမည်ဆိုပါက ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် နေ့မတိုင်မီ ကာလတွင် အခြေခံစားဝတ်နေရေးလိုအပ်ချက်များအား မည်သည့်ပံ့ပိုးမှုဖြင့် ဖြေရှင်းခဲ့သည်ကို ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။ *လိုအပ်ပါက နောက်ထပ်စာရွက်တစ်ရွက်ဖြင့် ဖြည့်ပေးပါ။

OFFICE USE ONLY	
HCAP	CHARITY
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော အချက်အလက်များသည် ပြည့်စုံမှန်ကန်သည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်လောက်သည့် အကောင်းဆုံးအကူအညီအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ပေးပါရန် **AKRON CHILDREN'S** အား ကျွန်ုပ်တို့ ခွင့်ပြုပေးပါသည်။ အကူအညီပေးနိုင်ရန်အလို့ငှာ နောက်ထပ်အချက်အလက်များရယူရန် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပါရှိသော ငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အတည်ပြုရန်အတွက် **AKRON CHILDREN'S** မှ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးဦးက ကျွန်ုပ်တို့သို့ ဆက်သွယ်လာနိုင်ကြောင်းကို နားလည်သိရှိပါသည်။

လျှောက်ထားသူ/မိဘ လက်မှတ်

☐ * ဤလျှောက်လွှာတွင် နောက်ထပ်စာရွက်ပါရှိပါက ဤနေရာတွင် အမှန်ခြစ်ပါ

နေ့စွဲ