

MAP အိုင်ဒီ: _____

အိမ်ထောင်စုအိုင်ဒီနံပါတ်: _____

ပုံနှိပ်ထုတ်သည့် ရက်စွဲ: _____

ကျောင်းအပ်ခြင်းအစီအစဉ်လျှောက်လွှာ

တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်အချက်အလက်များကို အောက်တွင် ကြိုတင်ပုံနှိပ်ထုတ်ထားပါက ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး လိုအပ်ပါကပြင်ဆင်မှုများ ပြုလုပ်ပါ။ မှားယွင်းနေသော အချက်အလက်များပေါ်သို့ မျဉ်းတစ်ကြောင်းတားပြီး ပြင်ဆင်ထားသော သို့မဟုတ် ပျောက်ဆုံးနေသော အချက်အလက်ကို ထည့်ပါ။

အိမ်ထောင်စုအချက်အလက်များ

"အိမ်ထောင်စု" ဟူသောမှာ သင်၊ သင်အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင်၏ ခလေး၊ သင်နှင့်တရားဝင်တော်စပ်ပြီး အနေထိုင်သော သူကိုဆိုလိုသည်။ သင်နှင့်အတူနေထိုင်ကြသော်လည်း သင်၏ မိသားစုစာရင်းတွင်မပါဝင်သူများနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို သင်ထည့်သွင်းရန်မလိုအပ်ပါ။ သင်၏ "အိမ်ထောင်စု။"

အမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ၊ အလယ်)	မွေးနေ့ (လ/ရက်/ခုနှစ်)	တော်စပ်မှု	U.S.နေထိုင်မှု အခြေ အနေ	လူမှုရေးလိုခြံမှု # သို့မဟုတ် ITIN (တစ်ဦးချင်း အခွန်ပေးဆောင်မှု သကသေခံကဒ်ပြား #)	အသုံးပြုလိသော ဘာသာစကား

နောက်ကျောတွင်သင်ပုံစံဖြည့်ရပါမည်. →



အမည်: အမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ၊ အလယ်): ပထမဆုံးစာမျက်နှာတွင်ပါဝင်သူတစ်ဦးချင်းစီ၏စာရင်းကိုထည့်သွင်းပါ။	လူမျိုး	လူမျိုးစု	ကျား/မ (မွေးစာရင်း ပေါ်တွင်ရှိသော)	ကျား/မ ခံယူမှု

နေထိုင်ရာနေရာ: အကယ်၍ သင်၊ လျှောက်ထားသူသည် လက်ရှိတွင် အိုးရာမဲ့ဖြစ်ပါက သင် ညအိပ်ရာနေရာကို အိပ်စက်ရန်ဝင်ရောက်ပါ။ လိပ်စာတောင်းဆိုသည့် ဘောက်စ်တွင် လမ်းဖြတ်များသို့မဟုတ်ခိုလှုံရာနေရာ၏လိပ်စာကိုအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ သင် အိပ်သောနေရာ၏မြို့၊ ခရိုင်နှင့် စာတိုက် ကုဒ်ကိုလည်း ထည့်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ စာတိုက်ကုဒ် မသိပါက 78701 ကိုရိုက်ထည့်ပါ။

လက်ရှိတွင် အိမ်ခြေရာမဲ့ ဖြစ်နေပါသလား? မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည်

နေရပ်လိပ်စာ (လမ်းလိပ်စာတစ်ခုတည်းသာ, P.O မပါ။ စာတိုက်ပုံး) Apt.#, မြို့၊ စာတိုက် ကုဒ်, ခရိုင်:

အထက်ဖော်ပြစာပို့လိပ်စာနှင့် ကွဲပြားပါက စာပို့လိပ်စာ (လမ်း သို့မဟုတ် P.O. စာပုံး):

အိမ်ဖုန်းနံပါတ်: _____

ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ်: _____

အီးမေးလ် လိပ်စာ: _____

စာသားမက်ဆေ့ချ်များ လက်ခံရရှိရန် သဘောတူပါသည်* မဟုတ်ပါ ဟုတ်ကဲ့

အီးမေးလ်မက်ဆေ့ချ်များ လက်ခံရရှိရန် သဘောတူပါသည်* မဟုတ်ပါ ဟုတ်ကဲ့

* အထက်ဖော်ပြပါ စာသားမက်ဆေ့ချ်များနှင့်/သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များကို လက်ခံရရှိရန် သဘောတူညီချက်အား ပေးဆောင်ရာတွင် ကုန်မပါသော စာသားမက်ဆေ့ချ်များနှင့် အီးမေးလ်များပေးပို့ခြင်းတွင်အန္တရာယ်များရှိကြောင်းနှင့် ဗဟိုကျန်းမာရေးထံမှ အချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိရန် ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီပါသည် (ဥပမာ စီစဉ်ထားသော ချိန်းဆိုမှုများ၊ ကျွန်ုပ်၏ လျှောက်လွှာအခြေအနေ၊ သက်တမ်းတိုးခြင်းနှင့် ပရိုဂရမ်အာမခံဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲများ နှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ)။

နောက်ကျောတွင်သင်ပုံစံဖြည့်ရပါမည်. →

လျှောက်လွှာတွင်ဖော်ပြထားသောမေးခွန်းများအားလုံးဖြေပါ။

1. အိမ်ထောင်ရေးအခြေနေ?

အိမ်ထောင်မရှိ အိမ်ထောင်သည်/ဘုံဥပဒေအိမ်ထောင်ရှင်များ ကွာရှင်းပြတ်စဲ ကွဲကွာခြင်း မုဆိုးမ

2. သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦး ကိုယ်ဝန်ဆောင်ပါသလား? မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည်

ဟုတ်လျှင်၊ မည်သူနည်း? _____

3. ပြီးခဲ့သော ရက် 30 အတွင်း သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မိသားစုဝင် မည်သူမဆို ဝင်ငွေရရှိပါသလား? မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည်

ဟုတ်လျှင်သင့်အိမ်ထောင်စု၏ဝင်ငွေအားလုံးကို အောက်တွင်စာရင်းပြုစုပါ။ အောက်ပါတို့ကို သေချာထည့်သွင်းပါ။ အစိုးရစစ်ဆေးမှုများ သင်တန်း သို့မဟုတ် အလုပ်မှ ငွေ ပံ့ပိုးကူညီသူ၏ဝင်ငွေ၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု၊ နှင့်အလုပ်လက်မဲ့။

ငွေကြေးလက်ခံသူ၏အမည်	လက်ခံရရှိသော ဝင်ငွေအမျိုးအစား	စုစုပေါင်း ရရှိသောငွေကြေးပမာဏ (အခွန်မဆောင်မီ)	အကြိမ်ရေမည်မျှ ရရှိသနည်း?	အလုပ်ရှင် ဖုန်း နံပါတ်
	<input type="checkbox"/> လုပ်အားခများ <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်သူ <input type="checkbox"/> လူမှုရေးလုံခြုံရေးအကျိုးကျေးဇူးများ <input type="checkbox"/> အလုပ်လက်မဲ့၏အကျိုးကျေးဇူးများ <input type="checkbox"/> ဝင်ငွေမရှိ <input type="checkbox"/> တခြားဝင်ငွေ		<input type="checkbox"/> နေ့စဉ် <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်လ တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> ယခင် ရက် ၃၀ အတွင်း ဝင်ငွေမရှိ	
	<input type="checkbox"/> လုပ်အားခများ <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ထုတ်ပြန်ချက် <input type="checkbox"/> လူမှုရေးဖူလုံရေးအကျိုးကျေးဇူးများ <input type="checkbox"/> အလုပ်လက်မဲ့၏အကျိုးကျေးဇူးများ <input type="checkbox"/> ဝင်ငွေမရှိ <input type="checkbox"/> တခြားဝင်ငွေ		<input type="checkbox"/> နေ့စဉ် <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်လ တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> ယခင် ရက် ၃၀ အတွင်း ဝင်ငွေမရှိ	
	<input type="checkbox"/> လုပ်အားခများ <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ထုတ်ပြန်ချက် <input type="checkbox"/> လူမှုရေးဖူလုံရေး အကျိုးကျေးဇူးများ <input type="checkbox"/> အလုပ်လက်မဲ့၏အကျိုးကျေးဇူးများ <input type="checkbox"/> ဝင်ငွေမရှိ <input type="checkbox"/> တခြားဝင်ငွေ		<input type="checkbox"/> နေ့စဉ် <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်လ တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> ယခင် ရက် ၃၀ အတွင်း ဝင်ငွေမရှိ	

နောက်ကျောတွင် သင်ပုံစံဖြည့်ရပါမည်. →



4. သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံရှိပါသလား? မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည်

ဟုတ်ပါက- မည်သည့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံအကျုံးဝင်သည်ကို စစ်ဆေးပြီး အကျုံးဝင်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ အမည်(များ)ကို ရေးပါ။

MAPသို့မဟုတ် MAP အခြေခံ. မည်သူ? _____

ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု. မည်သူ? _____

ဆေးဝါးအကူအညီ. မည်သူ? _____

CHIP. မည်သူ? _____

CHIPကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်. မည်သူ? _____

ACA/ကျန်းမာရေးအာမခံ. မည်သူ? _____

Sendero. မည်သူ? _____

ပုဂ္ဂလိက/အလုပ်ရှင်ထောက်ပံ့သောအာမခံ. မည်သူ? _____

5. သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအကူအညီရယူရန် ရည်ရွယ်ချက်အတွက် Travis ခရိုင်သို့ ပြောင်းရွှေ့ခဲ့ပါသလား?

မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည် ကျွန်ုပ်သည် Travis ခရိုင်အပြင်ဘက်တွင် နေထိုင်ပါသည်

6. လူမှုဖူလုံရေး စီမံကွပ်ကဲမှုမှတစ်ဆင့် သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို မသန်စွမ်းကြောင်း ကြေငြာခဲ့ပါသလား?

မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည်

ဟုတ် လျှင်, မည်သူနည်း? _____

7. အကယ်၍ သင်သည် MAP သို့မဟုတ် MAP အခြေခံတွင် စာရင်းသွင်းထားပါက မည်သည့်အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုဆေးခန်းစနစ်ကို သင်လက်ရှိအသုံးပြုနေသည် သို့မဟုတ် သင်အသုံးပြုလိုပါသလဲ?

လူထုစောင့်ရှောက်မှု Lone Starစောင့်ရှောက်မှုစက်ဝိုင်း ပြည်သူ့လူထုဆေးခန်း

UT သူနာပြုကျောင်း စိတ်ကြိုက်ရွေးချယ်ခွင့်မရှိ

8. သင့်တွင် လာမည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာချိန်းဆိုမှု သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်ချက် ရှိပါသလား?

မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည် ရက်စွဲ: _____

9. ပြီးခဲ့သော ရက် 30 အတွင်း သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ဆေးစစ်ရန် ချိန်းဆိုထားပါသလား?

မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါသည် ရက်စွဲ: _____

နောက်ကျောတွင် သင်ပုံစံဖြည့်ရပါမည်. →



လျှောက်ထားသူ၏တာဝန်များ

ဗဟိုကျန်းမာရေး ၏ အစီအစဉ်များသည်လူများအားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးဆောင်ခြင်းသို့မဟုတ် အချို့သောကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးဆောင်ခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ကူညီပေးပါသည်။ ကူညီပေးပါသည်။ သင်သည် MAP သို့မဟုတ် MAP အခြေခံအဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအဖြစ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည်ဖြစ်စေ ဗဟိုကျန်းမာရေး ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီ သို့မဟုတ် ၎င်း၏လူနာများထံမှတစ်ဦးအနေဖြင့် ("ဗဟို ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များ" နှင့် "ပရိုဂရမ်" တစ်ခုစီ) တွင် သင့်ဝင်ငွေ၊ သင်နေထိုင်ရာနေရာ၊ အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးဝင်မှုနှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ အရင်းအမြစ်များ တည်ရှိမှု စသည့်အချက်များပေါ်တွင် မူတည်ပါသည်။ သို့သော်၊ သင်၏လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ၊ အယူဝါဒ၊ မူရင်းနိုင်ငံ၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေ၊ လိင်စိတ်ခံယူချက် သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်(များ) ကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားမည်မဟုတ်ပါ။ ဤအစီအစဉ်များအတွက် သင်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။

အောက်တွင် ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ရေးထိုး ခြင်းဖြင့်၊ ဝင်ငွေ၊ နေထိုင်ရာ ခရိုင်နှင့် အခြားငွေပေးချေမှု အရင်းအမြစ်များဆိုင်ရာ မေးခွန်းအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်၏အဖြေများအပါအဝင် ဗဟိုကျန်းမာရေး ပရိုဂရမ် အတွက် ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ထုတ်ပြန်ချက်များအားလုံးသည်မှန်ကန်ကြောင်း ကတိပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အသိပညာနှင့် ယုံကြည်ချက်အတိုင်း ဤပရိုဂရမ်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုသည် ဤမေးခွန်းများအတွက် ကျွန်ုပ်၏အဖြေများအပေါ်အခြေခံ၍ မှားယွင်းခြင်း၊ တောင်းဆိုထားသောအချက်အလက်များဖြင့် ဗဟိုကျန်းမာရေးကို ပေးရန် ပျက်ကွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခြင်း သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီမေးခွန်းများအတွက် မှားယွင်းသော သို့မဟုတ် လွဲမှားသောအချက်အလက်များပေးခြင်းတို့ကြောင့် ဗဟိုကျန်းမာရေးသည် ဗဟိုကျန်းမာရေး ပရိုဂရမ်တွင် ကျွန်ုပ်၏ပါဝင်မှုကို ရပ်စဲစေပြီး ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ဗဟိုကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပြုလုပ်ပေးသော ငွေပေးချေမှုမန်သမျှကို ပြန်လည်ရယူသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။

ပြောင်းလဲမှု၏နေ့စွဲမှ ၁၄ ရက်အတွင်း အောက်ပါအသက်တာပြောင်းလဲမှုတစ်ခုခုကို ဗဟိုကျန်းမာရေးထံ တိုင်ကြားရန် သဘောတူပါသည်။

- a. ကျွန်ုပ်၏ မေးလ်လိပ်စာ သို့မဟုတ် တယ်လီဖုန်းနံပါတ် အပြောင်းအလဲရှိလျှင်
- b. ကျွန်ုပ်နေထိုင်သည့်လိပ်စာအပြောင်းအလဲရှိလျှင်
- c. ကျွန်ုပ်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကိုထိခိုက်စေနိုင်သောဝင်ငွေအပြောင်းအလဲရှိလျှင်
- d. အိမ်ထောင်စုဝင်လူဦးရေအရေအတွက်ပြောင်းလဲမှု အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦး ကိုယ်ဝန်ရှိလာလျှင်
- e. Medicaid၊ CHIP၊ Medicare၊ သို့မဟုတ် အခြားပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးအာမခံတွင် စာရင်းသွင်းခြင်း သို့မဟုတ်ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးဆောင်နိုင်သည့် မည်သည့် အကျိုးဝင်မှုအစီအစဉ်အတွက်မဆို အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အသိပေးချက်ရှိလျှင်

အကယ်၍ ဗဟိုကျန်းမာရေးသည် ကျွန်ုပ်၏ ပရိုဂရမ် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော အစီရင်ခံစာထားသော ဘဝပြောင်းလဲမှုများကို ဖော်ထုတ်တွေ့ရှိပါက၊ အစီအစဉ်တွင် ကျွန်ုပ်၏ပါဝင်မှုကို ရပ်စဲနိုင်ပြီး ဗဟိုကျန်းမာရေးသည် ကျွန်ုပ်အား အရပ်ဘက် သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ စွဲချက်တင်ခြင်းအပါအဝင် ၎င်း၏ အခွင့်အာဏာအတွင်း အခြားမည်သည့် အရေးယူမှုမျိုးကိုမဆို ပြုလုပ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ဗဟိုကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်တွင် ကျွန်ုပ်၏စာရင်းသွင်းမှုသည် ပရိုဂရမ်အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်ထားမှုနှင့်စပ်လျဉ်း၍ ကျွန်ုပ်တင်ပြထားသောထုတ်ပြန်ချက်များကို စစ်ဆေးခွင့်ပြုရန် ဗဟိုကျန်းမာရေးကိုခွင့်ပြုရန် ကျွန်ုပ်၏သဘောတူစာချုပ်တွင် အကျိုးဝင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ထိုသဘောတူညီချက်မရရှိမချင်း စာရင်းသွင်းမှုအခြေအနေသည် ဆိုင်းငံ့ထားနိုင်သည်။

နောက်ကျောတွင် သင်ပုံစံဖြည့်ရပါမည်။ →

ပေးဆောင်ခြင်း နှင့် စိစစ်ခြင်းကို ယုံကြည်စိတ်ချရသော အရင်းအမြစ်တစ်ခု (ဥပမာ၊ လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲရေး သို့မဟုတ် Texas အလုပ်သမားကော်မရှင်) မှ ရရှိသည်။ ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကုန်ကျစရိတ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ပေးဆောင်ရန် ဗဟိုကျန်းမာရေး မှ တောင်းဆိုနိုင်ပြီး ပုဂ္ဂိုလ်ရေးထိခိုက်ပျက်စီးမှုအတွက် တိုင်ကြားခံရပါက ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံမှ ပေးဆောင်ထားသော ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးဆောင်သည့် ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးကို ပြန်လည်ရရှိရန် ဗဟိုကျန်းမာရေး မှ တောင်းဆိုနိုင်သည်ကို နားလည်သဘောတူပါသည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီသောစာရွက်စာတမ်းများအသုံးပြုခြင်း

MAP သို့မဟုတ် MAP Basic တွင် စာရင်းသွင်းရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါက CommUnityCare ၏ လျှောက်ကျစာကြေးစကေးပရိုဂရမ်တွင် စာရင်းသွင်းထားသော ကျွန်ုပ်သည် CommUnityCare မှ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုအချက်အလက်များနှင့် စာရွက်စာတမ်းများကို ဗဟိုကျန်းမာရေး ("စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်") ဖြင့် မျှဝေခြင်းကို သဘောတူပါသည်။ ဗဟိုကျန်းမာရေးငွေသားထောက်ပံ့ခြင်းပရိုဂရမ်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းသွင်းအချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် မှီခိုရန် ဗဟိုကျန်းမာရေးအား ထပ်မံခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

စာတိုပေးပို့ခြင်းနှင့်အီးမေးလ်ဆက်သွယ်ခြင်းအား သဘောတူခွင့်ပြုခြင်း

ဤပရိုဂရမ်အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာတွင် စာသားမက်ဆေ့ချ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များကို လက်ခံရရှိရန် သဘောတူပါက ကျွန်ုပ်သည် သတ်မှတ်ရက်ချိန်းများ၊ ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာအခြေအနေ၊ သက်တမ်းတိုးခြင်းနှင့် ပရိုဂရမ်အကျိုးဝင်မှုဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲများနှင့် အခြားအရေးကြီးအချက်အလက်များကို စာသား မက်ဆေ့ချ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဗဟိုကျန်းမာရေးသို့ ပေးပို့ထားသော လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော စာဖြင့် စာတိုပေးပို့ခြင်း သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များရရှိရန်ခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကုဒ်မထားသော စာသားမက်ဆေ့ချ်များနှင့် အီးမေးလ်များ ပေးပို့ခြင်းနှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အန္တရာယ်များ ရှိနေသည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အီးမေးလ်အကောင့် သို့မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်းသို့ ဝင်ရောက်ခွင့်ရှိသူ (မိသားစုဝင်တစ်ဦးကဲ့သို့ သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်) သည် ဤဆက်သွယ်မှုများကို ရယူနိုင်သည်။ ဗဟိုကျန်းမာရေး သို့ ပေးပို့ထားသော လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော စာဖြင့် စာတိုပေးပို့ခြင်း သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း အတည်ပြုခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်

အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏အလုပ်ရှင်၊ လူမှုဖူလုံရေးစီမံခန့်ခွဲမှု၊ Texas Health & လူသား ဝန်ဆောင်မှု ကော်မရှင်၊ Texas Department of State Health Services နှင့် Texas Workforce ကော်မရှင် တို့အား ခံစားခွင့်များ၊ စာရင်းသွင်းမှု၊ တောင်းဆိုမှုများ၊ လုပ်ခနှင့် အခြားမှတ်တမ်းများကို ဗဟိုကျန်းမာရေးသို့ ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်သည် ဤလျှောက်ထားသူ၏တာဝန်ကို ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှစပြီး (သို့) ဗဟိုကျန်းမာရေးထံသို့ ပေးပို့ ထားသော လက်မှတ်ရေးထိုးထားသောစာဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းသည့်နေ့အထိ ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်သည် သက်တမ်းဆယ်နှစ်လတာကာလအတွင်း သက်တမ်းရှိမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူအမည်	လျှောက်ထားသူလက်မှတ်	ရက်စွဲ
အိမ်ထောင်ဖက်/တရားဝင်ကြင်ဖော်၏အမည်	အိမ်ထောင်ဖက်/တရားဝင်ကြင်ဖော်၏လက်မှတ်	ရက်စွဲ
လျှောက်လွှာအမည်/ကိုယ်ရေးကိုယ်စားလှယ်အမည်	လျှောက်လွှာ/ကိုယ်ရေးကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်	ရက်စွဲ
လျှောက်ထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ		

နောက်ကျောတွင် သင်ပုံစံဖြည့်ရပါမည်. →



လျှောက်လွှာလုပ်ငန်းစဉ် ညွှန်ကြားချက်များကို မည်ကဲ့သို့ ဖြည့်စွက်ရမည်နည်း

1. အကယ်၍ သင်သည် လျှောက်လွှာအလွတ်ကို ဖြည့်စွက်ပါက လျှောက်လွှာတွင်ရှိသော မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေပါ။
2. သင့်တုံ့ပြန်ချက်များကို ကြိုတင်ဖြည့်စွက်ထားသည့် လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို မေးလ်ပေးပို့ပါက၊ ပုံနှိပ်ထားသော တုံ့ပြန်မှုအားလုံးကို ဖတ်ရှုပါ။
 - တစ်စုံတစ်ခု မှန်ကန်မှုမရှိပါက မျဉ်းကြောင်းကို အမှတ်အသားပြုပြီး မှန်ကန်သော အချက်အလက်ကို ၎င်းအပေါ်တွင် ရေးပါ။
 - မေးခွန်းသည် ကွက်လပ်ဖြစ်နေလျှင်အဖြေထည့်ပါ။
 - အကယ်၍ မေးခွန်းသည် သင်နှင့်မသက်ဆိုင်ပါက N/A ကိုထည့်ပါ။ မေးခွန်းကို ကွက်လပ်ချန်မထားပါနှင့်။
3. အောက်ပါတို့မှ မိတ္တူတစ်စောင်ပေးပါ (မူရင်းများ မပို့ပါနှင့်)။
 - **အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ အရွယ်ရောက်သူအားလုံးအတွက်ဓာတ်ပုံ ID:**
 ယာဉ်မောင်းလိုိုင်စင်တစ်ခု၊ သက်သေခံကတ်၊ နိုင်ငံကူးလက်မှတ် သို့မဟုတ် ပတ်စပို့ကတ်ကျောင်းသား ID အလုပ်အကိုင်ခွင့်ပြုချက်ကတ် I-551
 U.S. တရားဝင်အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့်ကတ် I-94 ဓာတ်ပုံနှင့်အတူ စသည်ဖြင့်

 CH ငွေကြေးအကူအညီ အတွက် လျှောက်ထားပါက လျှောက်ထားသူအတွက်သာ ID တစ်ခုပေးပါ။
 - **အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် အောက်ဖော်ပြပါများထဲမှ တစ်ခု:**
 မွေးစာရင်းတစ်ခု နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ် ဗီဇာ/ပတ်စပို့ I-551 US တရားဝင်အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့်ကတ် I-94 နှစ်ခြင်းမှတ်တမ်း
 မဲဆန္ဒရှင်မှတ်ပုံတင်ကတ်နယ်စပ်ဖြတ်ကျော်ကတ်။

 CH ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှောက်ထားပါက လျှောက်ထားသူအတွက်သာ အချက်အလက်များပေးပါ။
 - **နေရပ်လိပ်စာအထောက်အထား** ပြီးခဲ့သော ရက် 30 မှ ရက်စွဲပါ ဥပမာ:
 တံဆိပ်ရိုက်ထားသော မေးလ် လက်ရှိငွေပေးချေမှုစက်ဝန်းအများစုမှာ လျှပ်စစ် တယ်လီဖုန်း သို့မဟုတ် ဓာတ်ငွေဘေလ် အငှားစာချုပ် ငှားရမ်းခပြေစာ
 ပိုင်ဆိုင်မှုအခွန်ပြေစာ အိမ်ရှင်၏ထုတ်ပြန်ချက်။
 - **ဝင်ငွေ အထောက်အထား** အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ အရွယ်ရောက်ပြီးသူအားလုံးအတွက် ပြီးခဲ့သော ရက် 30 အတွင်း ရရှိခဲ့သောကဲ့သို့သော:
 ချလံစစ်ဆေးခြင်း အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်စာ လက်ရှိနှစ်- လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်စာ စစ်မှုထမ်းပောင်း
 စီမံခန့်ခွဲရေးအကျိုးခံစားခွင့်စာ အငြိမ်းစားခံစားခွင့်စာ ငွေသားထည့်ဝင်မှု ညွှန်ပြပေးစာ အိမ်တွင်းဆက်ဆံရေး ပေးချေမှုများမှ ကလေးထောက်ပံ့မှုပြေစာများ သို့မဟုတ်
 ထုတ်ယူထားသော TANF ထောက်ပံ့ငွေပမာဏ အထောက်အထား အလုပ်သမား လျော်ကြေးချက်လက်မှတ် ချလံ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်စာ
 - **ကျန်းမာရေးအာမခံ ID ကတ်များ/ကဲ့သို့သော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးအတွက် စာကဲ့သို့သော:**
 လက်ရှိလအတွက် Medicare ကဒ်ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးအာမခံကဒ် Medicaid/CHIP ကဒ်သို့မဟုတ် HHSC Medicaid/ CHIP ပေးစာ။

ညွှန်ကြားချက်များကို အောက်ပါစာမျက်နှာတွင် ဆက်လက်ဖော်ပြထားသည်။ →



4. အရွယ်ရောက်ပြီးသူ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးစီသည် လျှောက်ထားသူ၏ တာဝန်များဖောင်တွင် လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲပါ လက်မှတ်ထိုးရပါမည်။

5. သင်၏လျှောက်လွှာနှင့်စာရွက်စာတမ်းများကိုတင်ပြရန်

- ပေးထားသောစာအိတ်ထဲတွင် မေးလ်ပို့ပါ
- ဖက်ပေးပို့ရန်: 512.776. 0457. ဖက်စ်ဖြင့် ပေးပို့ပါက လျှောက်လွှာပုံစံ နှစ်ဖက်စလုံးကို သေချာပေးပို့ပါ။
- Southeast Health နှင့် Wellness Center သို့မဟုတ် Central Health အရှေ့မြောက်ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်စင်တာရှိ စာတိုက်ပုံးတွင်ထည့်ပါ။

ကျန်းမာရေးညွှန်ကြားမှုစင်တာမှ 512.978.8130, ရွေးချယ်မှု 1, တနင်္လာ-သောကြာ, 8 a.m.-5 p.m.