

လျှောက်ထားသူ၏ တာဝန်များ

ဖောင်၏ နှစ်ဖက်စလုံးကို ဖတ်ပါ။ လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ရမည်။

Central Health ၏ အစီအစဉ်များသည် လူများအား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးဆောင်ခြင်း သို့မဟုတ် အချို့သောကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးဆောင်ခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ကူညီပေးပါသည်။ ကူညီပေးပါသည်။ သင်သည် **MAP** သို့မဟုတ် **MAP Basic** အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအဖြစ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည်ဖြစ်စေ **Central Health** ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီ သို့မဟုတ် ၎င်း၏လူနာများထံမှတစ်ဦးအနေဖြင့် ("**Central Health** အစီအစဉ်များ" နှင့် "ပရိုဂရမ်" တစ်ခုစီ) တွင် သင့်ဝင်ငွေ၊ သင်နေထိုင်ရာနေရာ၊ အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးဝင်မှုနှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ အရင်းအမြစ်များ တည်ရှိမှု စသည့်အချက်များပေါ်တွင် မူတည်ပါသည်။ မူတည်ပါသည်။သို့သော်၊သင်၏လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ၊ အယူဝါဒ၊ မူရင်းနိုင်ငံ၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေ၊ လိင်စိတ်ခံယူချက် သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်(များ) ကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားမည်မဟုတ်ပါ။ ဤအစီအစဉ်များအတွက် သင်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။ ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။အောက်တွင် ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ရေးထိုး

ခြင်းဖြင့်၊ ဝင်ငွေ၊ နေထိုင်ရာ ခရိုင်နှင့် အခြားငွေပေးချေမှု အရင်းအမြစ်များဆိုင်ရာ မေးခွန်းအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်၏အဖြေများအပါအဝင် **Central Health Programs** အတွက် ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ထုတ်ပြန်ချက်များအားလုံးသည်

ကျွန်ုပ်၏ အသိပညာနှင့် ယုံကြည်ချက်အတိုင်း အမှန်ကန်ဆုံးဖြစ်ကြောင်း ကတိသစ္စာပြုပါသည်။

ကတိသစ္စာပြုပါသည်။ဤပရိုဂရမ်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုသည် ဤမေးခွန်းများအတွက် ကျွန်ုပ်၏အဖြေများ

အပေါ်အခြေခံ၍ မှားယွင်းခြင်း၊ တောင်းဆိုထားသောအချက်အလက်များဖြင့် **Central Health**ကို ပေးရန် ပျက်ကွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခြင်း သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုမေးခွန်းများအတွက် မှားယွင်းသော သို့မဟုတ် လွဲမှားသောအချက်အလက်များပေးခြင်းတို့ကြောင့် **Central Health** သည် **Central Health's Programs** တွင် ကျွန်ုပ်၏ပါဝင်မှုကို ရပ်စဲစေပြီး ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ဗဟိုကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပြုလုပ်ပေးသော ငွေပေးချေမှုမှန်သမျှကို ပြန်လည်ရယူသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။

နောက်ကျောတွင် ပုံစံဖြည့်ရပါမည်။ →



ပြောင်းလဲမှု၏နေ့စွဲမှ ၁၄ ရက်အတွင်း အောက်ပါအသက်တာပြောင်းလဲမှု များထဲမှ တစ်ခုခုကို ဗဟိုကျန်းမာရေးထံ တိုင်ကြားရန် သဘောတူပါသည်။

- a. ကျွန်ုပ်၏ မေးလ်လိပ်စာ သို့မဟုတ် တယ်လီဖုန်းနံပါတ်သို့ အပြောင်းအလဲရှိလျှင်
- b. ကျွန်ုပ်နေထိုင်သည့်လိပ်စာ အပြောင်းအလဲရှိလျှင်
- c. ကျွန်ုပ်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကိုထိခိုက်စေနိုင်သော ဝင်ငွေအပြောင်းအလဲရှိလျှင်
- d. အိမ်ထောင်စုဝင်လူဦးရေအရေအတွက်ပြောင်းလဲမှု အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦး ကိုယ်ဝန်ရှိလာလျှင်

- e. . Medicaid၊ CHIP၊ Medicare၊ သို့မဟုတ် အခြားပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးအာမခံတွင် စာရင်းသွင်းခြင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးဆောင်နိုင်သည့် မည်သည့် အကျိုးဝင်မှုအစီအစဉ်အတွက်မဆို အရည်အချင်း ပြည့်မီကြောင်း အသိပေးချက်ရှိလျှင်

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

နောက်ကျောတွင် ပုံစံဖြည့်ရပါမည်။ →

Central Health Program တွင် ကျွန်ုပ်၏စာရင်းသွင်းခြင်းသည် ပရိုဂရမ်အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်လွှာနှင့်ဆက်စပ်၍ ကျွန်ုပ်တင်ပြထားသောထုတ်ပြန်ချက်များကို စစ်ဆေးခွင့်ပြုရန် **Central Health** ၏သဘောတူညီချက်တွင် အကျုံးဝင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ထိုသဘောတူညီချက်ကိုရရှိပြီး ယုံကြည်ရလောက်သော အရင်း အမြစ်မှရရှိသည့်အချိန်အထိ စာရင်းသွင်းမှုအခြေအနေ (ဥပမာ၊ လူမှုဖူလုံရေးစီမံခန့်ခွဲရေး သို့မဟုတ် **Texas Workforce** ကော်မရှင်) မှ ဆိုင်းငံ့ထားရမည်ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကုန်ကျစရိတ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ပေးဆောင်ရန် **Central Health** မှ တောင်းဆိုနိုင်ပြီး ပုဂ္ဂိုလ်ရေးထိခိုက်မှုပျက်စီးမှုအတွက် တိုင်ကြားခံရပါက ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံမှ ပေးဆောင်ထားသော ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးဆောင်သည့် ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးကို ပြန်လည်ရရှိရန် **Central Health** မှ တောင်းဆိုနိုင်သည်ကို နားလည်သဘောတူပါသည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီသောစာရင်းစာတမ်းများအသုံးပြုခြင်း။

MAP သို့မဟုတ် **MAP Basic** တွင် စာရင်းသွင်းရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါက **CommUnityCare** ၏ လျှောက်ကျစာကြေးစကေးပရိုဂရမ်တွင် စာရင်းသွင်းထားသော၊ ကျွန်ုပ်သည် **CommUnityCare** မှ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုအချက်အလက်များနှင့် စာရင်းစာတမ်းများကို **Central Health** ("စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်") ဖြင့် မျှဝေခြင်းကို သဘောတူပါသည်။ **Central Health Financial Assistance Program** အတွက် ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းသွင်းအချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် အားကိုးရန် **Central Health** အား ထပ်မံခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

စာတိုပေးပို့ခြင်း နှင့် အီးမေးလ်ဆက်သွယ်ခြင်းအား သဘောတူခွင့်ပြုခြင်း။

ဤပရိုဂရမ်အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာတွင် စာသားမက်ဆေ့ချ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များကို လက်ခံရရှိရန် သဘောတူပါက ကျွန်ုပ်သည် သတ်မှတ်ရက် ချိန်းများ၊ ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာအခြေအနေ၊ သက်တမ်းတိုးခြင်းနှင့် ပရိုဂရမ်အကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲများနှင့် အခြားအရေးကြီးအချက်အလက်များကို စာသား မက်ဆေ့ချ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ် **Central Health** သို့ ပေးပို့ထားသော လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော စာဖြင့် စာတိုပေးပို့ခြင်း သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ တဆင့် ရရှိရန် ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို ပေးထားပါသည်။ ကုန်သွယ်သော စာသားမက်ဆေ့ချ်များနှင့် အီးမေးလ်များ ပေးပို့ခြင်းနှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အန္တရာယ်များ ရှိနေသည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အီးမေးလ်အကောင့် သို့မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်းသို့ ဝင်ရောက်ခွင့်ရှိသူ (မိသားစုဝင်တစ်ဦးကဲ့သို့

နောက်ကျောတွင် ပုံစံဖြည့်ရပါမည်။ →



သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်) သည် ဤဆက်သွယ်မှုများကို ရယူနိုင်သည်။ **Central Health** 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 **Central Health** သို့ ထုတ်ပြန်ရန် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်သည် ဤလျှောက်ထားသူ၏တာဝန်ကို ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှစပြီး (သို့) **Central Health** ထံသို့ ပေးပို့ ထားသော လက်မှတ်ရေးထိုးထားသောစာဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းသည့်နေ့အထိ ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်သည် သက်တမ်းဆယ်နှစ်လတာကာလအတွင်း သက်တမ်းရှိမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူအမည်	လျှောက်ထားသူလက်မှတ်	ရက်စွဲ
အိမ်ထောင်ဖက်/တရားဝင်ကြင်ဖော်၏အမည်	အိမ်ထောင်ဖက်/တရားဝင်ကြင်ဖော်၏လက်မှတ်	ရက်စွဲ
လျှောက်လွှာအမည်/ကိုယ်ရေးကိုယ်စားလှယ်အမည်	လျှောက်လွှာ/ကိုယ်ရေးကိုယ်စားလှယ်လက်မှတ်	ရက်စွဲ
လျှောက်ထားသူနှင့် တော်စပ်ပုံ		