



လူနာအမည် \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

ပြန်ပို့ရန်လိပ်စာ၊ Indiana University Health  
1200 W. White River Blvd.  
Muncie, IN 47303

Email စာပို့စနစ်၊ [FinancialAssistance@IUHealth.org](mailto:FinancialAssistance@IUHealth.org)

Fax စာပို့စနစ်၊ 317-968-1255

ဆေးရုံနှင့်တွေ့ဆုံသောနံပါတ်	ဆေးရုံတင်သောရက်စွဲ	ကုန်ကျစရိတ်အားလုံး

မှတ်ချက်၊ ဤလျှောက်လွှာသည် အထက်ပါ ဖော်ပြထားသော တွေ့ဆုံမှုအတွက်သာ ဖြစ်သည်။ တွေ့ဆုံမှုများသော လူနာတို့အတွက် သီးသန့် လျှောက်လွှာတစ်ခုစီ တင်ရမည် ဖြစ်ပါသည်။

**\*\*\*အရေးကြီးသည်\*\*\***

ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်မည့်ကိစ္စကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ရန် အောက်ပါ ငွေကြေးဆိုင်ရာအချက်အလက် နှင့် ပြည့်စုံ၍ လက်မှတ်ထိုးထားသော ဤငွေကြေးအကူအညီလျှောက်လွှာကို ပြန်ပို့ပေးရမည်။ သင်လျှောက်ထားသည့်ကိစ္စကို အချိန်မီဆောင်ရွက်ပေးရန် လျှောက်လွှာကို ပြုစုစီစဉ်ရက်ပေါင်း နှစ်ဆယ့် (၂၀) ရက်အတွင်း ပြန်ပို့ပေးရမည်။ **ကျေးဇူးပြု၍ မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများကို မပို့ပါနှင့်။**

- လွန်ခဲ့သော သုံး (၃) လ အတွင်း ဝင်ငွေအားလုံး
- နောက်ဆုံး သုံး (၃) လ စာ အလုပ်ဝင်ငွေဖြတ်ပိုင်း (pay stubs) သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်သောဖူလုံမူဝင်ငွေ (ဆိုရှယ်စီကာယူရတီရုံး မှစီမံခန့်ခွဲသော SSI ဝင်ငွေ)
- Checking ငွေစာရင်း နှင့် savings ငွေစာရင်း တင်ပြစာများ၊ စီဒီ ငွေစုဆောင်းခြင်း၊ စတော့ ရင်းနှီးမြှုပ်နှံငွေ၊ အတိုးရငွေချေးစာချုပ်၊ ဘဏ္ဍာငွေချေးကွက် စာရင်းများ၊ စသည့် ငွေစာရင်း၏ နောက်ဆုံး ထုတ်ပြန်ချက် သုံး (၃) စောင်။
- နောက်ဆုံး ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေအခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာ၊ Schedules စာရင်းဇယား C၊ D၊ E နှင့် F အပါအဝင်။
  - လူနာနှင့်/သို့မဟုတ် အာမခံပေးသူတို့၏ ဝင်ငွေသည် ဖယ်ဒရယ်အခွန် ဆောင်ရလောက်သည့် ဝင်ငွေနှုန်းမရှိပါက၊ ဖော်ပြပါ အကြောင်းရင်းကို သက်သေခံထားသော ကျမ်းကျိန်စာရွက်စာတမ်းဖြင့် (notarized affidavit) တင်ပြနိုင်သည်။
- နောက်ဆုံး W-2 ထုတ်ပြန်ချက်စာ
- ကျန်းမာရေး အာမခံကြေးရုံပါက ကတ်ပြား မိတ္တူတစောင်
- WorkOne မှ လုပ်အားခ ဝင်ငွေအချက်အလက် စာ (အလုပ်လက်မဲ့ အိမ်သူအိမ်သားများအတွက်)
- ရှိပါက၊ ကာရှင်းစာ/ဖျက်သိမ်းရန်အမိန့်စာများနှင့် ကလေးထိန်းသိမ်းစောင့်လျှောက်ခွင့် အမိန့်စာ
- သတိပေးချက်၊ သင်ပေးရမည့် လက်ကျန်ငွေ အတွက် ပြန်မရနိုင်သော စရံငွေ \$ ၁၀၀.၀၀ ပေးပြီးမှ ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်လွှာကို ဆောင်ရွက်ပေးမည်။ ကျေးဇူးပြု၍ Indiana University Health အမည်ကို ငွေလက်ခံရရှိမည့်သူအဖြစ် ချက်လက်မှတ်ပေါ်ရေးပြီး ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ပို့ပေးပါ။ လက်ကျန်ငွေကို ပေးရန်အတွက် ပြန်မရနိုင်သော စရံငွေအားလုံးကို မှတ်တမ်းတွင် ရှိသော ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်လွှာ အရင်ဆုံးတခု အတွက် ပေးအပ်မည်။ ပြန်မရနိုင်သောငွေနှင့်/သို့မဟုတ် လက်ကျန်ငွေ ကိစ္စနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ အထက်ပါ e-mail စာပို့စနစ် လိပ်စာကို ဆက်သွယ်ပါ။

အာမခံသူ (အိမ်ထောင်ဦးစီး) အမည်၊ \_\_\_\_\_ လူနာနှင့်ပတ်သက်ပုံ၊ \_\_\_\_\_

နေရပ်လိပ်စာ၊ \_\_\_\_\_

မြို့၊ \_\_\_\_\_ ပြည်နယ်၊ \_\_\_\_\_ Zip ကုတ်နံပါတ် \_\_\_\_\_ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

**အိမ်သူ အိမ်သား များ**  
အိမ်သူအိမ်သား အားလုံး၏ နာမည်အပြည့်အစုံနှင့် မွေးနေ့ကို ဖော်ပြပါ။ ဆိုရှယ် စီကာယူရတီ နံပါတ် နှင့် ပတ်သက်တော်စပ်ပုံ ကို သိပါက ထည့်ပေးပါ။

နာမည် နာမည်အပြည့်အစုံ - ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး	မွေးနေ့	ဆိုရှယ်နံပါတ်	အာမခံသူနှင့် တော်စပ်ပုံ	အိမ်ထောင် ရှိမရှိ	US နိုင်ငံသား ဟုတ် မဟုတ်	အင်ဒီယားနား တွင်နေထိုင်သူ ဟုတ် မဟုတ်
			ကိုယ်တိုင်			



လူနာအမည် \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_


သင့်အိမ်မှာနေထိုင်သူများသည် IU Health မှ ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ဘူးသလား သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက်ရရှိဘူးသလား။  ရှိ  မရှိ  
ရှိလျှင်၊ ဘယ်သူလဲ။ \_\_\_\_\_

**တအိမ်လုံး အလုပ်အကိုင်/ဝင်ငွေ**

အိမ်သူအိမ်သား	အလုပ်ရှင် အမည်၊ လိပ်စာ နှင့် တာဝန် <i>သက်ဆိုင်မှုရှိလျှင် အလုပ်ရှင်အမည်ဖော်ပြပါ။</i>	ဝင်ငွေ မဟာက <i>(ညာဘက်က အချိန်ကာလတခုအတွက်)</i>	အချိန်ကာလ <i>တခုရွေးပါ</i>	စလုပ်သည့် ရက်စွဲ	ပြီးဆုံးသည့် ရက်စွဲ <i>(ရှိပါက)</i>
			<input type="checkbox"/> ပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တခါ <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> တနင်္ဂနွေ တပတ်/နာရီပေါင်း__		
			<input type="checkbox"/> ပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တခါ <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> တနင်္ဂနွေ တပတ်/နာရီပေါင်း__		
			<input type="checkbox"/> ပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တခါ <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> တနင်္ဂနွေ တပတ်/နာရီပေါင်း__		
			<input type="checkbox"/> ပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တခါ <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> တနင်္ဂနွေ တပတ်/နာရီပေါင်း__		
			<input type="checkbox"/> ပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တခါ <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> တနင်္ဂနွေ တပတ်/နာရီပေါင်း__		
			<input type="checkbox"/> ပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တခါ <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> တနင်္ဂနွေ တပတ်/နာရီပေါင်း__		

**တအိမ်လုံး အခြား ဝင်ငွေ**

*ကျေးဇူးပြု၍ သင့်အိမ်သူအိမ်သားများတွင် အောက်ပါ လစဉ် ဝင်ငွေရရှိသူ ရှိမရှိ ဖော်ပြပါ။*

အမျိုးအစား	အိမ်သူအိမ်သား	လစဉ် ငွေပမာဏ	အမျိုးအစား	အိမ်သူအိမ်သား	လစဉ် ငွေပမာဏ
စစ်မှုထမ်းအကျိုး			အလုပ်လက်မဲ့		
ကလေးပံ့ပိုးခ			SSI ထောက်ပံ့ငွေ		
အငြိမ်းစား			အခြား		

**ပိုင်ဆိုင်မှုများ/ငွေ အရင်းအနှီးများ**

*ကျေးဇူးပြု၍ သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်သူအိမ်သားများတွင် အောက်ပါ ပိုင်ဆိုင်မှုများ/ငွေအရင်းအနှီးများ ရှိပါက ဖော်ပြပါ။*

အိမ်သူအိမ်သား	အမျိုးအစား	တန်ဖိုး
	Checking ငွေစာရင်း	
	Checking ငွေစာရင်း	
	Savings ငွေစာရင်း	
	Savings ငွေစာရင်း	
	အခြား (CD စာရင်းများ , Stock ရှယ်ရာငွေများ, Bond အတိုးစားချေးငွေများ, Money Market ငွေဈေးကွက်၊ စသဖြင့်)	
	စုစုပေါင်း ပိုင်ဆိုင်မှု အားလုံး	

**အိမ်ရာပိုင်ဆိုင်မှု**



လူနာအမည် \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

အိမ်ရေးခန့်မှန်းချိန်၊	အိမ်အတွက်ချေးငွေ လက်ကျန်(များ)၊
------------------------	---------------------------------

**ကုန်ကျစရိတ်များ**

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်သူအိမ်သားများ အောက်ပါ လစဉ်ကုန်ကျစရိတ်များရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။

ကုန်ကျစရိတ်	အိမ်သူအိမ်သား	လစဉ် ကုန်ကျစရိတ် ငွေပမာဏ	ကုန်ကျစရိတ်	အိမ်သူအိမ်သား	လစဉ် ကုန်ကျစရိတ် ငွေပမာဏ
အိမ်ငှားခ/အိမ်ခ			ရေခမီးခများ		
အစားအစာ			ငွေချေးသုံးကတ်ပြားများ		
ကားဖိုးဆပ်ရန်ငွေ(များ)			ကားအာမခံကြေး		
ကျန်းမာရေး ကုန်ကျစရိတ်(များ)			ဆေးဆိုင်		
ကလေးထိန်းခ			အခြား		

လစဉ် ကုန်ကျစရိတ် စုစုပေါင်း \_\_\_\_\_

**အာမခံကြေး အချက်အလက်**

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်သူအိမ်သားများ အောက်ပါ အာမခံကြေး ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။

လူနာသည် မယ်ဒီကိတ် လျှောက်ပြီးပြီလား  ပြီး  မပြီး လျှောက်၍ မပြီးသေးပါက အကြောင်းရင်းဖော်ပြပါ \_\_\_\_\_

လျှောက်ပြီးပါက လျှောက်သည့်ရက်စွဲ ဖော်ပြပါ \_\_\_\_\_

လျှောက်လွှာ အနေအထား  အဖြေစောင့်  ခွင့်ပြုချက်ရပြီ  ငြင်းပယ်ထားသည်

လူနာသည် ဆေးရုံ၏ဝန်ဆောင်မှု ရရှိသောအချိန်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံကြေးရှိသလား။  ရှိ  မရှိ ရှိလျှင် အောက်ပါ ကွက်လပ်များ ဖြည့်ပါ။

အာမခံကြေး ရရှိသူအမည်	အာမခံကုမ္ပဏီအမည်	သက်ရောက်သောရက်စွဲ	ပေါ်လစီနံပါတ်/ အဖွဲ့ပေါ်လစီနံပါတ်	အာမခံထားသော သူများ၏ အမည်(များ)

**လူနာ/အာမခံသူ အကျဉ်းချုပ်**

ကျေးဇူးပြု၍ အထက်ပါ အတွက်များတွင် တွက်ချက်ထားသော စုစုပေါင်း ငွေပမာဏများကို ရေးမှတ်ပါ။

မိသားစုဦးရေ	တအိမ်လုံးဝင်ငွေ စုစုပေါင်း	တအိမ်လုံး အခြားဝင်ငွေ	ပိုင်ဆိုင်မှု စုစုပေါင်း	ကုန်ကျစရိတ် စုစုပေါင်း

**ကူညီထောက်ပံ့မှု တင်ပြချက်**

(ကူညီထောက်ပံ့သူမှ ဖြည့်ပေးရန် ဖြစ်သည်)

လျှောက်လွှာတင်သူ မှ ကျွန်တော်/ကျွန်မ ကို ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု ပေးသူအဖြစ် တင်ပြထားသည်။ အောက်ပါ ကိစ္စများအတွက် ထောက်ပံ့ကူညီပေးပါသည်။

အထက်ပါ အချက်အလက်များသည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ သိရသလောက်နှင့် ယူဆချက်အရ ဟုတ်မှန်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်တော်/ကျွန်မ သက်သေပြုပြီး အတည်ပြုပါသည်။

ကျွန်တော်/ကျွန်မ လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ဆေးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်အတွက် ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏တာဝန် ဖြစ်လာမည် မဟုတ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_



လူနာအမည် \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

**အတည်ပြုချက်နှင့် ခွင့်ပြုချက်  
(လူနာ သို့မဟုတ် အာမခံသူ မှ ဖြည့်ပေးရန်)**

ကျွန်တော်/ကျွန်မ ပေးခဲ့သော အဖြေများသည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ သိရသလောက် ဟုတ်မှန်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်ကြောင်း ပြစ်မှုဆိုင်ရာဥပဒေအောက်တွင် အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏ (သို့မဟုတ် ကိုယ်စားပြုပေးသူ၏) ဝင်ငွေ၊ ပစ္စည်းပိုင်ဆိုင်မှု၊ ကုန်ကျစရိတ်၊ အိမ်တွင်းလူဦးရေ သို့မဟုတ် လိပ်စာ၊ စသည့် အပြောင်းအလဲများ ရှိပါက IU Health ကို ဆယ်ရက် (၁၀) အတွင်း အကြောင်းကြားမည်ဟု ကျွန်တော်/ကျွန်မ သဘောတူပါသည်။

ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏ ထုတ်ပြန်ချက်များကို သက်သေပြခိုင်းနိုင်ကြောင်း နားလည်ပြီး အကူအညီရရန် သင့်လျော်မှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်များအတွက် အလုပ်ရှင်၊ ဘဏ်၊ အကြွေးပေးသူများနှင့် ဆက်သွယ်ခြင်းနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်းရှာဖွေခြင်းများလို စစ်ဆေးအတည်ပြုခြင်းရှိနိုင်သဖြင့် IU Health နှင့် ၎င်းသတ်မှတ်ထားသူများ အား အဆိုပါ စစ်ဆေးအတည်ပြုခြင်း ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ဤတွင် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

ဆေးရုံများသည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ ပေးလိုက်သော အချက်အလက်များကို ဥပဒေအရ လျှို့ဝှက်ထားပေးရမည်ကို ကျွန်တော်/ကျွန်မ နားလည်ပါသည်။ ဆက်လက်ပြီး မတော်တဆဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ရရှိမှုကြောင့် ဆေးကုရာဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိသည့်အပေါ်မှာ ထိုဖြစ်ပွားမှုအတွက် တရားစီရင်ချက် သို့မဟုတ် လျော်ကြေးများရှိပါက ဆေးရုံကို ကုန်ကျစရိတ် ငွေပြန်ပေးရန် ကျွန်တော်/ကျွန်မ သဘောတူပါသည်။

ငွေကြေးအကူအညီ မရရှိပါက၊ ထိုဆုံးဖြတ်ချက်ကို စာရေးသားခြင်းနှင့်အတူ နောက်ထပ်စာရွက်စာတမ်းများ တင်ပြခြင်းဖြင့် အယူခံဝင်နိုင်ကြောင်း ကျွန်တော်/ကျွန်မ နားလည်ပါသည်။ ငွေကြေးအကူအညီကို ငြင်းပယ်ခြင်း ခံရပါက၊ ပေးစရာ ကျန်ရှိနေသော ကျသင့်ငွေ(များ)အတွက် ကျွန်တော်/ကျွန်မ ပေးရမည့်တာဝန် ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

လက်မှတ် \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_