

နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် မိသားစု စီမံကိန်း အတွက်သာလျှင် ဝန်ဆောင်မှုများ လျှောက်လွှာ

<p>နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် အစီအစဉ်တွင် FPO ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်</p> <p>အရည်အချင်းပြည့်မီပါသလား (ပြည်နယ်အစိုးရမှ-ငွေကြေးထောက်ပံ့ထားသည်)</p>	<p>နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် အစီအစဉ် (ပြည်နယ်အစိုးရမှ-ငွေကြေးထောက်ပံ့ ထားသည်) FPO ဝန်ဆောင်မှုများသည် လူဝင်မှု သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားဖြစ်မှု သတ်မှတ်ချက်အခြေအနေများနှင့် မကိုက်ညီသည့် သို့မဟုတ် 5-နှစ် လူဝင်မှုဘား နှင့်မကိုက်ညီသည့် ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းစီများအတွက် ဖြစ်ပါသည်။ FPO အစီအစဉ်သည် ဖယ်ဒရယ်အစိုးရ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု အဆင့် (FPL) ၏ 260% ဌ ဝင်ငွေ ရှိသော သို့မဟုတ် ထိုထက်နည်းသော ကျား၊မ နှင့် လူဝင်မှု အခြေအနေ မခွဲခြားဘဲ၊ Apple Health အစီအစဉ်များ အတွက် ပြည့်ဝသော အတိုင်းအတာတစ်ခု၌ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုမရှိသူ နှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု မရှိသူ Washington နေထိုင်သူများ အတွက် ရရှိနိုင်ပါသည်။</p> <p>FPO အစီအစဉ်များသည် လျှို့ဝှက်စောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာ မိသားစု စီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ရှာဖွေနေသော အာမခံထားသူ ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းများ အတွက်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ FPO အစီအစဉ်များကို အချိန်မရွေး သင် လျှောက်တင် နိုင်ပါသည်။</p>
<p>သင်သည် Washington ပြည်နယ် နေထိုင်သူ တစ်ဦးအဖြစ် သတ်မှတ်ခံရသူ ဟုတ်ပါသလား။</p>	<p>အကယ်၍ သင်သည် Washington တွင် လောလောဆယ် နေထိုင်ပြီး ဆက်လက်နေထိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပါက၊ အလုပ်ရှာဖွေရန် ပြည်နယ်ထဲသို့ ဝင်ရောက်လာခဲ့ သို့မဟုတ် ကတိကဝတ်အလုပ်ဖြင့် ပြည်နယ်ထဲသို့ ဝင်ရောက်လာခဲ့ပါက သင်သည် Washington ပြည်နယ် နေထိုင်သူ တစ်ဦးဖြစ်ပါသည်။</p>
<p>မည်သည့်အကျိုးရလဒ်များ အကျိုးဝင်ပါသလဲ။</p>	<p>အကျိုးရလဒ်များ ပါဝင်သည်။ သို့သော် ကန့်သတ်မထားပါ-</p> <ul style="list-style-type: none"> • ပြည့်စုံသော မိသားစု စီမံကိန်း တားဆီးကာကွယ်ရေး အလည်အပတ်ခရီး • အကြံပြုခြင်း၊ ပညာရေး၊ သားဆက်ခြားခြင်း အစပျိုးခြင်း နှင့် စီမံခန့်ခွဲမှု (သန္ဓေတားခြင်းဟုလည်းခေါ်ပါသည်) • သားအိမ်ခေါင်း ကင်ဆာရောဂါ စစ်ဆေးမှု • လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်သော ရောဂါအချို့ (STD) နှင့် လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်သော ကူးစက်မှုရောဂါ (STI) စစ်ဆေးမှု နှင့် ကုသမှု • ဆေးညွှန်းဆေးစာဖြင့် နှင့် ဆေးညွှန်းဆေးစာဖြင့်-မဟုတ်သော သန္ဓေတားခြင်း (သားဆက်ခြားခြင်း) • သားကြောဖြတ်ခြင်း လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ
<p>သင့်အနေဖြင့် ဘယ်လို လျှောက်မလဲ။</p>	<p>FPO အစီအစဉ်များအတွက် Apple Health ကို လက်ခံသည့် ပံ့ပိုးသူဖြင့်အတူ သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်တိုင် 1-800-562-3022 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းအားဖြင့် သို့မဟုတ် လျှောက်လွှာအား အောက်ပါ တို့မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းခြင်း တို့အားဖြင့် အချိန်မရွေး သင် လျှောက်တင်နိုင်ပါသည်။</p> <ul style="list-style-type: none"> • မေးလ်:- HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • ဖုန်း:- 1-866-841-2267 • အီးမေးလ်- : apple@hca.wa.gov
<p>Washington ထဲတွင် မည်သို့သော အခြား ကျန်းမာရေး လွှမ်းခြုံမှု ရွေးချယ်မှုများကို ရရှိနိုင်ပါသနည်း။</p>	<p>လူဝင်မှု အတွက် အရည်အသွေး-မပြည့်မီသူ နှင့် အထောက်အထားမဲ့ ရွှေ့ပြောင်းသူများ အတွက် အပါအဝင် ရရှိနိုင်သော Apple Health အစီအစဉ်များကို ကြည့်ရှုပါ -</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals
<p>သင့်အနေဖြင့် အပို 1 ကို ဘယ်လို ဖြည့်သင့်ပါသလဲ။</p>	<p>သင် တတ်နိုင်သမျှ အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ။ လျှောက်လွှာ၏ အပို 1 ထဲတွင် ပါဝင်သည့် အသေးစိတ် မေးခွန်းများ အပေါ် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များကို အောက်တွင် ကြည့်ရှုပါ။</p>

<p>သင်၏ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် (HCA) ကို ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ပိုင်ခွင့်အဖွဲ့ (SSN) မှ မည်ကဲ့သို့ အသုံးပြုမည်နည်း။</p>	<p>HCA မှ အဆိုပါအချက်အလက်များကို သင်၏ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုခြင်း၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ လူဝင်မှု အခြေအနေ၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအတွက် ရရှိနိုင်မှု စသည့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား အဆုံးအဖြတ်ပေးရန် အသုံးပြုပါသည်။ HCA မှ အဆိုပါအချက်အလက်များကို လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးတွင် အတင်းအကြပ်လုပ်ဆောင်စေခြင်း ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် မည်သည့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အေဂျင်စီနှင့်မျှ ဝေမျှပြောပြခြင်း မပြုလုပ်ပါ။</p> <p>နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် အစီအစဉ် (ပြည်နယ်အစိုးရမှ-ငွေကြေးထောက်ပံ့ ထားသည်) FPO ဝန်ဆောင်မှုများ သည် သင်၏ လူဝင်မှု အခြေအနေ သို့မဟုတ် အမြဲတမ်း နေထိုင်သူ သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား ဖြစ်လာရန် အခွင့်အလမ်းများအား ထိခိုက်မှု မဖြစ်စေပါ။ အကယ်၍ သင့်တွင် SSN မရှိခဲ့ပါက ဤနေရာများကို ကွက်လပ် ချန်ထားပါ။</p>
<p>သင်၏ လူဝင်မှု အခြေအနေ အချက်အလက်များကို HCA မှ မည်ကဲ့သို့ အသုံးပြုမည်နည်း။</p>	<p>HCA မှ အဆိုပါအချက်အလက်များကို သင်၏ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုခြင်း၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ လူဝင်မှု အခြေအနေ၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအတွက် ရရှိနိုင်မှု စသည့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား အဆုံးအဖြတ်ပေးရန် အသုံးပြုပါသည်။</p> <p>HCA မှ အဆိုပါအချက်အလက်များကို လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးတွင် အတင်းအကြပ်လုပ်ဆောင်စေခြင်း ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် မည်သည့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အေဂျင်စီနှင့်မျှ ဝေမျှပြောပြခြင်း မပြုလုပ်ပါ။</p> <p>နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် အစီအစဉ် (ပြည်နယ်အစိုးရမှ-ငွေကြေးထောက်ပံ့ ထားသည်) FPO ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုသည် ပြည်သူ့ စောင့်ရှောက်မှုတာဝန် စစ်ဆေးမှု မှ ကင်းလွတ်စေသည်။ Apple Health သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် အစီအစဉ် (ပြည်နယ်အစိုးရမှ-ငွေကြေးထောက်ပံ့ ထားသည်) FPO ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် လျှောက်တင်ခြင်းသည် သင်၏ လူဝင်မှု အခြေအနေ သို့မဟုတ် အမြဲတမ်း နေထိုင်သူ သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား တစ်ဦးဖြစ်လာရန် အခွင့်အလမ်းများအား မည်ကဲ့သို့ ထိရောက်သောအကျိုးသက်ရောက်မှုများရှိသည်နှင့်ပတ်သက်ပြီး သင် မေးမြန်းလိုသည်များ သို့မဟုတ် စိုးရိမ်မှုများ ရှိခဲ့ပါက လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ ရှေ့နထံသို့ ဆွက်သယ်ပါ။</p>
<p>လျှောက်သည့်အခါ ရနိုင်သော ဘာသာစကား သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း ဝန်ဆောင်မှုများ ရှိပါသလား။</p>	<p>အခြားဘာသာစကားဖြင့် အခမဲ့ အကူအညီကို ရယူရန် (ဘာသာပြန်သူ သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ဖော်ပြထားသော စာရွက်များ၏ ဘာသာပြန်များ အပါအဝင်) သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူအတွက် နေရာထိုင်ခင်း အခမဲ့ ရယူရန် 1-800-562-3022 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ ပိုမိုသိရှိရန်- hca.wa.gov/interpreter-services.</p>
<p>သင့်အနေဖြင့် လျှောက်ရန် ရွေးချယ်ခွင့်ရှိသော အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် (AREP) ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသလား။</p>	<p>ရနိုင်ပါသည်။ အိမ်ထောင်စု အခြေအနေများကို နားလည်သိကျွမ်း၍ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အိမ်ထောင်စု၏ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် တာဝန်ပေးအပ်ထားသည့် အရွယ်ရောက်သူတစ်ဦးက AREP အဖြစ် ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။ ဤတွင် ကျွမ်းကျင်သူလမ်းညွှန် သို့မဟုတ် ပွဲစားနှင့် မိတ်ဖက်ခြင်းမှ ကွာခြားပါသည်။</p>
<p>FPO အစီအစဉ် ဝင်ငွေ သတ်မှတ်ချက်များက ဘာတွေဖြစ်ပါသနည်း။</p>	<p>ဝင်ငွေသည် FPL ၏ 260% သို့မဟုတ် ထို့အောက်ရှိရမည်။ နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအတွက် hca.wa.gov/family-planning တွင် လည်ပတ်ကြည့်ရှုပါ။</p>
<p>အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစားကို ဘယ်လို ဆုံးဖြတ်ပါသလဲ။</p>	<p>အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစားကို အခွန် တင်သွင်းမှု အခြေအနေအပေါ် မူတည်၍ ဆုံးဖြတ်သည်။ အိမ်ထောင်စု အဖွဲ့ဝင်တစ်ယောက်ဆိုသည်မှာ လျှောက်ထားသူက အခွန်တင်သွင်းပေးသော သို့မဟုတ် အခွန်မှီခိုသူ တယောက်အဖြစ် အဆိုပြုသော အိမ်ထောက်ဖက် သို့မဟုတ် အခွန်မှီခိုသူတယောက် ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင် အခွန်မတင်သွင်းပါက အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မှီခိုသူ အိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး သည် အိမ်တစ်လုံးတည်းထဲတွင် အတူတူနေထိုင်သည်။</p>

<p>အကယ်၍ သင့်တွင် အခြားသော အာမခံ ရှိပြီး လျှို့ဝှက်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်ခဲ့ပါက ဘာဖြစ်မည်နည်း။</p>	<p>သင့်တွင် အာမခံရှိသည့်တိုင်အောင် အောက်ပါ လွတ်ငြိမ်းခွင့်များနှင့် သင် ကိုက်ညီမှုရှိပါက လျှို့ဝှက်သော မိသားစု စီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မှီနိုင်သည်။ -</p> <ul style="list-style-type: none"> • လျှို့ဝှက်သော မိသားစု စီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင် ရှာဖွေနေပြီး သင်သည် အသက် 18 နှစ် သို့မဟုတ် ထို့ထက် အရွယ်ငယ်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် • သင်သည် အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှု၏ ခံရသူ ဖြစ်ပြီး ချိုးဖောက်သူ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံအောက်၌ လွှမ်းမိုးထားခြင်း။ <p>လျှို့ဝှက်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် စာရင်းသွင်းရန် HCA သို့ 1-800-562-3022 ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။</p>
<p>သင့်တွင် အခြားအာမခံရှိလျှင် ဘာဖြစ်မလဲ။</p>	<p>သင့်တွင် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများကို လွှမ်းမိုးပေးသည့် အခြားသော အာမခံရှိပြီး လျှို့ဝှက်သော မိသားစု စီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင် ရှာဖွေနေခြင်း မဟုတ်ပါက FPO ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မှီနိုင်သည်။</p>
<p>Apple Health (Medicaid) အပြည့်အဝ ရရှိမှု ဆိုသည်မှာ ဘာလဲနှင့် ထိုဟာကို လျှောက်ရန် သင့်အခွင့်အရေးကို လျှော့ပေါ့ပေးသင့်သလား။</p>	<p>အကယ်၍ Apple Health ပြည့်ဝသော-နယ်ပယ် အတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မှီပါက ဆေးရုံအတွင်းလူနာနှင့် အပြင်လူနာ၊ နေအိမ် ကျန်းမာရေး၊ ဆရာဝန် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဆေးညွှန်းဆေးဝါးများ၊ သွားဖက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ကာယဆိုင်ရာ ကုထုံး များကဲ့သို့သော အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင် ရရှိနိုင်သည်။</p> <p>သင် အရည်အချင်းပြည့်မှီမည့် အများဆုံး ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိရန် Apple Health ပြည့်ဝသော-နယ်ပယ် အကျိုးဝင်မှုအတွက် သင် လျှောက်ထားရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းပါသည်။ Apple Health ပြည့်ဝသော-နယ်ပယ် အတွက် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များရယူရန် hca.wa.gov/apple-health တွင် လည်ပတ်ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။</p> <p>အကယ်၍ သင်သည် အရည်အချင်းမပြည့်မှီဖြစ်ပြီး FPO ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် ဆက်လက် လက်ခံရရှိပါက Apple Health ပြည့်ဝသော-နယ်ပယ် အတွက် လျှောက်တင်ရန် အခွင့်အရေးကို သင် စွန့်လွှတ်နိုင်ပါသည်။</p>
<p>သင်၏လျှောက်လွှာ အခြေအနေကို ဘယ်လိုနှင့် ဘယ်အချိန်တွင် သိလိမ့်မလဲ။</p>	<p>လျှောက်လွှာများကို 45 ရက်အတွင်း ရရှိသော အမှာစာအတိုင်း လုပ်ဆောင်ပါသည်။ နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များကို လိုအပ်ခဲ့ပါက သင့်အား ဖုန်း နှင့်/သို့မဟုတ် စာတိုက်ဖြင့် ဆက်သွယ်လာပါလိမ့်မည်။ ဧဆောက်ရွက်သည်နှင့် လက်ခံစာ သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုစာကို မေးလ်ဖြင့် ပို့ပါလိမ့်မည်။</p> <p>သင်၏ လျှောက်လွှာကို ပေးပို့၍ လုပ်ဆောင်ခြင်းကို စောင့်ဆိုင်းနေစဉ် အချို့ပံ့ပိုးပေးသူများသည် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးကောင်း ပေးနိုင်ပါသည်။</p>
<p>အကျိုးဝင်မဝင် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို သင့်အနေဖြင့် အသနားခံစာ တင်နိုင်ပါသလား။</p>	<p>ဟုတ်ပါတယ်။ ကျန်းမာရေးအကျိုးဝင်မှုအတွက် သင်၏ အကျိုးဝင်မှုကို ထိခိုက်နိုင်သော HCA၊ ဝါရှင်တန် Healthplanfinder သို့မဟုတ် လူမှုကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန (DSHS)မှ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သဘောမတူလျှင် ရက် 90 အတွင်း အသနားခံစာ တင်နိုင်ပါသည်။</p> <p>အယူခံဝင်ခြင်းများ လုပ်ဆောင်ချက်အကြောင်း ထပ်မံ အချက်အလက်များအတွက် hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid ကို သွားရောက်ပါ။</p>
<p>သင့်အနေဖြင့် အပို အချက်အလက်ကို ဘယ်မှာ ရှာနိုင်ပါသလဲ။</p>	<p>Hca.wa.gov/family-planning တွင် နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို တွေ့နိုင်ပါသည်။</p>

နိုင်ငံသား-မဟုတ်သည့် မိသားစု စီမံကိန်း အတွက်သာလျှင် ဝန်ဆောင်မှုများ လျှောက်လွှာ

သင် လက်ရှိတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနေသလား။ ဟုတ်သည် မရှိပါ အကယ်၍ ရှိသည်ဟု ဖြေပါက၊ သင်သည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အရည်အချင်းပြည့် မီမှု မရှိသော်လည်း ကျန်းမာရေးလွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မှီနိုင်သည်။ wahealthplanfinder.org တွင် အွန်လိုင်းလျှောက်ထားပါ

ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် သင်သည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုအတွက်သာ လျှောက်ထားကြောင်း အသိအမှတ်ပြုသည်။

1. လျှောက်ထားသူနှင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်

အမည် ပထမစာလုံး (သင်၏တရားဝင်အမည် အပြည့်အစုံကို သုံးပါ)	အလယ်နာမည်အစ	နောက်ဆုံးနာမည်
အမျိုးသား အမျိုးသမီး	မွေးသက္ကရာဇ်	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (သင်၌ တစ်ခုခုရှိပါက)
သင်နေထိုင်သည့် လိပ်စာ	တိုက်ခန်း#	မြို့
စာတိုက်လိပ်စာ	တိုက်ခန်း#	မြို့
အိမ်/ဆဲလ်/ဦးစားပေးနံပါတ် အလုပ်	အမှာစာ နံပါတ်	ပေးထားသော ဖုန်းနံပါတ်များဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ကို ဆက်သွယ်နိုင်မလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

အီးမေးလ် လိပ်စာ _____

သင့်အနေဖြင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ပြောဆိုခြင်း၊ ဖတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရေးသားခြင်းတို့တွင် အခက်အခဲရှိပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

စကားပြန်တစ်ဦး လိုပါသလား။ ဟုတ်သည် မလိုပါ မည်သည့် ဘာသာစကားကို သင် ပြောဆိုသနည်း။ _____

ကျွန်ုပ်သည် အချက်အလက်လျှို့ဝှက်စောင့်ထိန်းပေးနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအား ရှာဖွေနေလျက်ရှိပြီး၊ ကျွန်ုပ်သည် -

- အသက် 18 နှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းအောက် ဖြစ်သည်၊ သို့မဟုတ်
- အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုအတွင်းမှ နှစ်နာသူသားကောင်တစ်ဦး ဖြစ်ပြီး၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်အား အကြမ်းဖက်သူ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံအတွင်း၌ အကျိုးပင်နေလျက်ရှိသည်။

သင့်တင် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် Apple ကျန်းမာရေး (ဝင်ငွေနည်းသူများအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပရိုဂရမ်) လွှမ်းခြုံမှု ခံစားခွင့်ရှိပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

မဟုတ် ပါက Apple Health ပြည့်ဝသော-နယ်ပယ် အကျိုးဝင်မှုအတွက် မလျှောက်ထားရန် ငွေချယ်မှုအသိပေးချက်ဖြင့် သင်ပြုလုပ်နိုင်ပြီး အောက်ပါ အကွက်တင် အမှတ်ရေးခြစ်ခြင်းအားဖြင့် FPO အစီအစဉ်များအတွက် သင် ဆက်လက် အရည်အချင်းပြည့်မှီနိုင်သည်။

အခြားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အကျိုးဝင်မှုအတွက် သင် မည်ကဲ့သို့ အရည်အချင်းပြည့်မှီနိုင်သည့်အကြောင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအတွက် wahealthplanfinder.org ၌ သင် လျှောက်ထားနိုင်သည်။

ကျွန်ုပ်သည် မိသားစုစီမံကိန်းအတွက် လျှောက်ထားရန်ကိုသာ ငွေချယ်ပြီး Apple ကျန်းမာရေး (Medicaid) အပြည့်အဝ ရရှိမှုကို မလျှောက်ထားရန် အသိပေးအကြောင်းကြားထားပါသည်။

2. အလုပ်အကိုင် / ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်မှ ဝင်ငွေ

သင့်ထံမှ ဝင်ငွေ		အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များမှ ဝင်ငွေ	
လက်ရှိ အလုပ်ရှင်၏ အမည် (ပထမဆုံး အလုပ်)	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	လက်ရှိ အလုပ်ရှင်၏ အမည် (ပထမဆုံး အလုပ်)	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်
အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ <small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small>	ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ	အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ <small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small>	ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
လက်ရှိ အလုပ်ရှင်၏ အမည် (ဒုတိယ အလုပ်)	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	လက်ရှိ အလုပ်ရှင်၏ အမည် (ဒုတိယ အလုပ်)	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်
အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ <small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small>	ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ	အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ <small>(နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ)</small>	ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်လား ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

အကယ်၍ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးတင် အလုပ်ရှင်နှစ်ဦးထက် ပိုပါက သီးခြားစာရွက်ပေါ်တင်ဖြည့်ပြီး ပွားတဲပါ။
ဝင်ငွေကို မည်သို့အစီရင်ခံရမည်ကို ပိုမိုသိရှိလိုပါက wahbexchange.org/how-to-report-income သို့ သားရောက်ကြည့်ရှုပါ။

3. အခြားသော အိမ်ထောင်မိသားစု ဝင်ငွေ လစဉ် ပမာဏ

	ငှားအား	မည်သူ လက်ခံရရှိသနည်း -
မယားစရိတ်/အိမ်ထောင်ဖက် ပံ့ပိုးမှု	_____	_____
ငှားရမ်းခ နှင့်/သို့မဟုတ် မူပိုင်ခွင့်ဝင်ငွေ(နောက်ဆုံး)	_____	_____
လူမှုဖူလုံရေး/ရထားလမ်းအငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ	_____	_____
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း	_____	_____
အငြိမ်းစား ဝင်ငွေ တင် ပါဝင်သည်များ - ပင်စင်၊ နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ နှင့်/သို့မဟုတ် IRA ပေးဝေခြင်း	_____	_____
ခဲဝေ၊ လက်ဝယ်၊ ရှယ်ယာ၊ ပိုင်ဆိုင်မှုရောင်းချပြီးရရှိသော အကျိုးအမြတ်	_____	_____
နိုင်ငံခြားဝင်ငွေ၊ ယုံမှတ်အပ်နှံငွေ/အခြား ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှု ဝင်ငွေ	_____	_____
အခွန်တင်ဆောင်ရန် ဝင်ငွေ	_____	_____
လယ်ယာ နှင့် ငါးဖမ်း ဝင်ငွေ (နောက်ဆုံး)	_____	_____
အခြားသော အခွန်ဆောင်ရန် ဝင်ငွေ	_____	_____

4. အိမ်ထောင်မိသားစု နှုတ်ယူဖြတ်တောက်မှု

	လစဉ် ပမာဏ -	ငှားအား မည်သူ ပေးသနည်း-
မယားစရိတ်/ အိမ်ထောက်ဖက် ပံ့ပိုးမှု ပေးချေပြီး	_____	_____
ထောက်ပံ့ကြေး/IRA သို့မဟုတ် ကြိုတင်-အခါနဲ့ဆောင် အငြိမ်းစား အေကာင့် ထောက်ပံ့ကြေး	_____	_____
ကျောင်းသားချေးငွေအတိုး ပေးချေမှုများ	_____	_____
လက်နက်ကိုင်တွင်ပံ့ပိုးမှု အဖွဲ့ဝင်များပြောင်းရွှေ့မှုစရိတ်	_____	_____
ပညာပေးသူ ကုန်ကျစရိတ်များ	_____	_____
ကျန်းမာရေး စုဆောင်းငွေ အေကာင့် ထောက်ပံ့ကြေးများ	_____	_____
စုဆောင်းငွေ စောစွာထုတ်ယူခြင်းအတွက်ပြစ်ဒဏ်ငွေ	_____	_____
အချို့သော တောင်းဆိုနိုင်သည့် စီးပွားရေးလုပ်ငန်းကုန်ကျစရိတ်များ	_____	_____

5. အခွန်ဆိုင်ရာ တွင်သင်းမှု အခြေအနေ

ယခုနှစ်အတွက် သင်၏ အခွန်ဆောင်ခြင်း အခြေအနေ ဘယ်လိုရှိမလဲ။ တစ်ဦးတည်း အခွန်ဆောင်သူ လက်ထပ်ပြီးသား သီးခြားပေးသင်းမှု လက်ထပ်ပြီးသား ပူးတွဲပေးသင်းမှု

အိမ်ထောင်မိသားစုမှတစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ အိမ်ထောင်စုဝင်မဟုတ်သူ တစ်ဦးတစ်ယောက်၏ မှီခိုသူ အခွန် အခွန် မေပေးဆောင်သူ

သင်သည် တရားဝင် လက်ထပ်ခဲ့သူလား။ ဟုတ်ခဲ့ပါက သင့် အိမ်ထောင်ဖက်၏ တရားဝင် နာမည် အပြည့်အစုံ _____
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး နာမည်

သင်သည် အခွန်ရှင်းတမ်းတင်ခဲ့ပါက အခွန်မှီခိုသူ ဘယ်နှစ်ဦးအတွက် သင် တောင်းဆိုပါသနည်း။ _____ သို့မဟုတ် ခွဲလျှင် သင့် ကလေး ဘယ်နှစ်ဦး ရှိသနည်း။ _____

6. လစာတစ်လ အလုပ် ဆုံးရှုံးထားမှု

ပြီးခဲ့သည့် ရက် 90 အတွင်း သင် အလုပ်ထက် သို့မဟုတ် အလုပ်ဆုံးရှုံးဖူးသလား။ ပြီးခဲ့သည့် ရက် 90 အတွင်း သင့်အိမ်ထောင်ဖက် အလုပ်ထက် သို့မဟုတ် အလုပ်ဆုံးရှုံးဖူးသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်ခဲ့ပါက၊ စီးပွားရေးလုပ်ငန်း၏ အမည် - _____ ဟုတ်ခဲ့ပါက၊ စီးပွားရေးလုပ်ငန်း၏ အမည် - _____

အလုပ်ပြီးဆုံးသားသည့် နေ့စွဲ - _____ အလုပ်ပြီးဆုံးသားသည့် နေ့စွဲ - _____

7. လူမျိုး/ဇာတိ နောက်ခံအကြောင်းအရာ

သင်၏ လူမျိုး သို့မဟုတ် ဇာတိ နောက်ခံအကြောင်းကို မိမိဆန္ဒအလျောက် ပြောရန် တောင်းဆိုပါသည်။ ယခုအချက်အလက်များကို ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် အသုံးပြုမည်မဟုတ်ပါ။

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အေမရိကန် ဝိယက်နမ်လူမျိုး/လာအိုလူမျိုး/ကျွေးမွေးရေးအဖွဲ့အစည်း/အခြားအဖွဲ့အစည်းများ

ဟစ်စပန်းနစ် အေမရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဇာတိ အခြား အေးရှ သို့မဟုတ် ပစိဖိတ် ကျွန်းနိုင်ငံသား

အခြား - _____ လူမျိုးနွယ်စု အမည် - _____

8. အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးမီ ဂရုစိုက်ပြီး ဖတ်ပါ

ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် နားလည်ပါသည်-

- HCA သည် ကျွန်ုပ်တို့ပေးသော အချက်အလက်ကို သက်သေပြရန် ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ အခြားအေဂျင်စီများ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ တာဝန်ရှိသူများနှင့် ဆွက်သယ်ရန် သို့မဟုတ် အေထက်အထား ရရှိရန် HCA က ကျွန်ုပ်တို့အား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ အချက်အလက်များကို အခြားပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်အေဂျင်စီများမှ ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်ပါသည်။
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု အကူအညီများကို တောင်းခံခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းအားဖြင့် မည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှုနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် မည်သည့်ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း၏ ပေးချေမှုများနှင့် စပ်ဆက်နေသည့် အခွင့်အရေးများအားလုံးကို ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်အား လွှဲပြောင်းပေးအပ်ပါသည်။
- ဤလျှောက်လွှာသည် မိသားစုစီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုယ်ဝန်ကိုသာ ကွဲကွာရန်ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့အားလုံးသည် အခြားဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အကူအညီ လိုအပ်ပါက Washington Healthplanfinder ([wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org)) တွင် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် ငွေကြေးအကူအညီ သို့မဟုတ် အစားအစာ ဘောင်ချာများ လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် DSHS အသိုင်းအဝိုင်း ဝန်ဆောင်မှုရုံး သို့မဟုတ် ဝါရှင်တန် ကော်နက်ရှင် ([washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)) တွင် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- ရှမ်းဖွင့်ရက် 15 ရက်အတွင်း နောက်ထပ်အချက်အလက်များ တောင်းဆိုမှုများ ပြုလုပ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုပါသည်။ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ လျှောက်လွှာကို ငြင်းပယ်မည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ မိသားစုစီမံကိန်း ပံ့ပိုးပေးသူ၏ ရုံးမှတစ်ဆင့် ပေးပို့ပါကလည်း စီမံကိန်းအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့တင် တာဝန်ရှိပါသည်။

9. ငွေချွယ်ခွင့်ရှိသော အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် (AREP)

အမည် / အဖွဲ့အစည်း _____ တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____

စာတိုက်လိပ်စာ _____ တိုက်ခန်း# _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုဒ်အမှတ် _____

10. ကြော်ငြာချက် နှင့် လက်မှတ်

ယခု လျှောက်လွှာတင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သိရှိပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ယခုလျှောက်လွှာတင် ဖြည့်သင်းထားသော အချက်အလက် များမှာ မှန်ကန်ကြောင်း၊ ခိုင်လုံကြောင်း နှင့် ကျွန်ုပ်တို့သိသမျှ ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်သင်းထားကြောင်းနှင့် မုသားပြောဆိုမှုရှိပါက အပြစ်ခံယူရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်

နွဲ့စဲ

ဖြည့်စက်ထားသော ပုံစံကို အောက်ပါတို့အနက်မှ တစ်ခုကို အသုံးပြု၍ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင် အဖွဲ့အစည်းထံ ပြန်ပို့ပေးပါ-

- မေးလ်: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- ဖက်စ် - 1-866-841-2267
- ဖုန်း - 1-800-562-3022
- အီးမေးလ် - apple@hca.wa.gov