

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်လွှာ (နှင့် ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် သင် အကူအညီ ရနိုင်/မရနိုင် စစ်ဆေးကြည့်ရှုရန်)

သင် မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း ကြည့်ရှုရန် ဤလျှောက်လွှာအား အသုံးပြုပါ။

- Washington Apple Health (Medicaid) မှ အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု ဤတွင် ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ အစဉ် (Children’s Health Insurance Program I CHIP) ဟူ၍လည်း သိရှိထားကြသော ပရိမိယံများဖြင့် Apple Health for Kids လည်း ပါဝင်သည်
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုအတွက် သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ပရိမိယံကြေးများအား ကူညီပေးချေပေးနိုင်သော အခွန်ခရစ်ဒစ်
- စရိတ်ပြည့် ပုဂ္ဂလိက အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီသော သွားဘက်ဆိုင်ရာ အစီအစဉ်

အွန်လိုင်းဖြင့် ပိုမိုလျင်မြန်စွာ လျှောက်ထားပါ

- အွန်လိုင်းတွင် wahealthplanfinder.org ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့် အချက်အလက်များ

သင်ကိုယ်တိုင်နှင့် အခြားသူများအတွက် လျှောက်ထားရာတွင် သင် လိုအပ်မည့် အချက်အလက်များ -

- လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များ
- သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မိသားစုဝင်တစ်ဦးစီ၏ မွေးနေ့များ
- နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ်၊ "A" နံပါတ်၊ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှု လျှောက်ထားမည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ မှန်သမျှ၏ အခြားသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ နံပါတ်များ
- ၎င်းတို့အနေနှင့် အခွန်ပြန်တမ်းအား ဖိုင်တွဲထားရန် လိုအပ်သည့်အတွက်ကြောင့် အရွယ်ရောက်လူကြီးများ အားလုံးနှင့် ဝင်ငွေ အလုံအလောက်ရှိသော အသက်မပြည့်သေးသူများ အား လုံးတို့၏ ဝင်ငွေဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ
- သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုအတွက် ရရှိနိုင်သော ကျန်းမာရေးအာမခံနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အဘယ်ကြောင့် များပြားစွာ တောင်းခံရပါသနည်း။

သင်သည် မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။ သင် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များအား ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အညီ ကျွန်ုပ်တို့ စောင့်ထိန်း၊ ထိန်းသိမ်းထားမည် ဖြစ်ပါသည်။

ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးထားသော သင်၏ လျှောက်လွှာကို ပေးပို့ရန် -

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
သို့မဟုတ် ဖက်စ် - 1-855-867-4467

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များအားလုံး သင့်ထံ၌ မရှိလျှင် သင့် အမည်၊ မွေးနေ့၊ လိင်စာ နှင့် လက်မှတ်တို့အား ဖြည့်စွက်၍ သင့် လျှောက်လွှာအား စတင်ဆောင်ရွက် ကာ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် လိင်စာသို့ ၎င်းအား စာတိုက်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီရယူရန် -

- အွန်လိုင်း - wahealthplanfinder.org
- ဖုန်း - သုံးစွဲသူ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု စင်တာထံ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) သို့မဟုတ် 1-855-627-9604 (TTY) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။
- လူကိုယ်တိုင် - လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရယူရန်အတွက် သုံးစွဲသူ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုလုပ်ငန်းဖြစ်သည့် wahealthplanfinder.org မှတစ်ဆင့် လမ်းညွှန်သူ သို့မဟုတ် ပွဲစားတစ်ဦးအား ရှာဖွေပါ။
- ဘာသာစကား သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု - (စကားပြန် သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်စာရွက်စာတမ်း ဘာသာပြန်ချက်များ အပါအဝင်) သင့် ဘာသာစကားဖြင့် အခမဲ့ အကူအညီ ရယူရန် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူအတွက် နေရာချစီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးမှုအား ရယူရန် 1-855-WAFINDER (855-923-4633) သို့မဟုတ် 1-855-627-9604 (TTY) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

အမိဂွယ်ဖွင့်ဆိုချက်များ

ကျန်းမာရေး အာမခံ ပရီမီယံ အခွန်ခရစ်အပ်များ - သင် လစဉ်ပေးဆောင်ရသော ပရီမီယံကြေးများအား လျော့ချနိုင်ရန်အတွက် အခွန်ခရစ်အပ်များအား အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

Washington Healthplanfinder - Washington ရှိ တစ်ဦးချင်းစီ၊ မိသားစုများ နှင့် အသေးစား စီးပွားရေးလုပ်ငန်းများအတွက် အွန်လိုင်း ဈေးကွက်နေရာတစ်ခု ဖြစ်ပြီး၊ အကျိုးဝင် လွှမ်းမိုးမှုများအား နှိုင်းယှဉ်ရန် နှင့် စာရင်းသွင်းရန်၊ ထို့ပြင် အခွန်ခရစ်အပ်များ၊ ဈေးနှုန်းလျော့ချ၍ စရိတ်ရှောင်ပေးသော Washington Apple Health ကဲ့သို့ အများ ပြည်သူ့ အစီအစဉ်များအား ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေရန် နေရာတစ်ခု ဖြစ်သည်။

ပရီမီယံကြေး - သင့်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အတွက် အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင် လစဉ် သင် ပေးဆောင်ရသော ပမာဏ။ သင်သည် မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကိုမျှ မရရှိသည့်တိုင် အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှုအား ထိန်းသိမ်းရန်အတွက် သင်၏ ပရီမီယံကြေးများအား ပေးဆောင်ရမည် ဖြစ်သည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် - Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးအကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှု။

အနည်းဆုံးအနေနှင့် မရှိမဖြစ်လိုအပ်သော အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှု - ဤသည်မှာ ဈေးနှုန်းတတ်စွမ်းနိုင်သော ကုသစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အတိတ်အခါ တစ်ဦးချင်းစီ၏ ပတ္တရား လိုအပ်ချက်များ အား ဖြည့်ဆည်းပေးရန် တစ်ဦးချင်းစီအတွက် လိုအပ်သော အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှု အမျိုးအစားတစ်ခု ဖြစ်သည်။ ဤတွင် တစ်ဦးချင်းစီနှင့် မိသားစုလိုက် ကျန်းမာရေးအာမခံ မူဝါဒများ၊ အလုပ်ကိုင် အခြေခံသည့် အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှု၊ Medicare၊ Medicaid၊ ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် (CHIP)၊ TRICARE နှင့် အခြေခံ ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် 10 ခု အား အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှုပေးသည့် အခြားသော အကျိုးဝင်လွှမ်းမိုးမှုများတို့ ပါဝင်သည်။

အခြေခံ ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ - အစီအစဉ်များ အားလုံးမှ အကျိုးဝင်ထည့်သွင်းလွှမ်းမိုးမှုပေးရမည် ဖြစ်သည့် ဆရာဝန်ဖြင့် တွေ့ဆုံပြသမှုများ၊ ဆေးရုံတက်ရောက်မှုများ နှင့် ဆေးညွှန်း ရရှိသော ဆေးဝါးများ အစရှိသည်တို့ကဲ့သို့သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှု 10 မျိုး ပါဝင်သော အတွဲ ဖြစ်သည်။ အချို့သော အကျိုးခံစားခွင့်များသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပြီး၊ အချို့တွင်မူ အာမခံအပြင်ထပ်မံပေးချေမှုများ နှင့် ပူးတွဲပေးချေမှုအာမခံတို့ ပါဝင်ကောင်း ပါဝင်ပေမည်။

Washington Apple Health - Washington တွင် အခြေချနေထိုင်သည့် အရည်အချင်းပြည့်မီသူများအတွက် လူထု ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်များ။ Washington Apple Health သည် Medicaid၊ Children's Health Insurance Program (CHIP) နှင့် Washington ပြည်နယ်မှ ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့ပေးသော အခြား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များတို့အတွက် Washington တွင် အသုံးပြုသော အမည်တစ်ခု ဖြစ်သည်။

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်သူများအတွက်

သင်၏ အသားတင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဝင်ငွေ ပမာဏအား ရရှိရန်မှာ သင်၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေထဲမှ ခွင့်ပြုထားသော အသုံးစရိတ်များကို သင် နှုတ်ပေးရမည် ဖြစ်သည်။ နောက်ထပ်သော အချက် အလက်များ ရရှိရန်အတွက် "Instructions for Schedule C or Schedule F (ဇယား C သို့မဟုတ် ဇယား F အတွက် ညွှန်ကြားချက်များ)" အား www.irs.gov တွင် ကြည့်ရှုပါ။

ခွင့်ပြုထားသော အသုံးစရိတ် ဥပမာများအချို့ မှာ -

- ကား သို့မဟုတ် ထရပ်ကား အသုံးစရိတ်များ
- ကော်မရှင်ကြေးများ၊ အခကြေးငွေများ နှင့် စာချုပ် အလုပ်သမား
- တန်ဖိုးကုန်ခမ်းလာခြင်း
- တန်ဖိုးလျော့ခြင်း
- ဝန်ထမ်း အကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်များ၊ ပင်စင် နှင့် အကျိုးအမြတ် မျှဝေသည့် အစီအစဉ်များ
- အာမခံ (ကျန်းမာရေးမူလွှဲ၍) နှင့် ပေါင်နှံမှုအတိုးစရိတ်
- ဥပဒေနှင့် ပရောဖက်ရှင်နယ်ကျွမ်းကျင်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ
- ရုံးခန်း အသုံးစရိတ်များ၊ ငှားရမ်းခ နှင့် အငှားစာချုပ်
- ပိုင်ဆိုင်မှု၊ တာဝန်ခံမှု၊ သို့မဟုတ် စီးပွားရေးအနှောက်အယှက် အာမခံ
- ကုန်ကြမ်းပစ္စည်းများ၊ ပြုပြင်မှုများ၊ နှင့် ထိန်းသိမ်းမှု
- ခရီးသွားလာမှု၊ အစားအသောက်၊ နှင့် ဖျော်ဖြေစဉ်ခံမှု
- အထွေထွေ အသုံးစရိတ်များ၊ အခွန်များ နှင့် လိုင်စင်များ
- လုပ်အားခများ (ပိုနည်းသော အလုပ်ခန့်အပ်မှု ခရစ်အပ်များ)

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လွှဲပြောင်းမှု အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ

အားလုံးသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှဲပြောင်းမှု အစီအစဉ်များအတွက် (ကျွန်ုပ်တို့ မဖြစ်မနေဆောင်ရွက်ပေးရမည်ဖြစ်သော) သင့်အခွင့်အရေးများ

တောင်းဆိုထားသည့် လျှောက်လွှာစောင့်ရှောက်မှုအားလုံးအား ကုမ္ပဏီပေးခြင်း နှင့် ပြည့်စုံစွာပေးခြင်း၊ ကူညီထောက်ပံ့မှု ရယူရန်အတွက် Washington Healthplanfinder သို့ သင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် အကယ်၍ သင်သည် အသက်ရနေပြီဖြစ်သော၊ မျက်စိကွယ်နေသော သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသောသူ တစ်ဦးတစ်ယောက် ဖြစ်လျှင် သို့မဟုတ် ရေရှည်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုများ (LTSS) အား လိုအပ်သောသူ ဖြစ်လျှင် လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာဌာန (Department of Social and Health Services၊ DSHS) သို့ သင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

သင့်အတွက် စကားပြန် သို့မဟုတ် ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုများအား အခမဲ့ ထောက်ပံ့ပေးမည် ဖြစ်ပြီး၊ Washington Healthplanfinder၊ Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) သို့မဟုတ် DSHS ဖြင့် ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်သည့်အခါများတွင် မည်သည့်ကြိမ်၊ ကြားမှုများမှ ရှိမည်မဟုတ်ပေ။

သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များအား သီးသန့် စောင့်ထိန်းပေးထားမည် ဖြစ်သည်။ သို့သော် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု နှင့် စာရင်းသွင်းမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များ အတွက်မှာ အချို့သော အချက်အလက်များကိုမူ အခြားသော ပြည်နယ် နှင့် ဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီများသို့ ကျွန်ုပ်တို့ မှုပေးကောင်း မှုပေးမည်ဖြစ်သည်။

အကယ်၍ သင်သည် ကျန်းမာရေး အကျိုးပင်လွှဲပြောင်းမှု၊ LTSS၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်၊ ကျန်းမာရေးအာမခံ ပရီမီယံ အခွန် ခရစ်အပ်များ၊ သို့မဟုတ် စရိတ်မျှခံမှုအား လျော့ချမှုများ အစရှိသည်တို့နှင့်ပတ်သက်ပြီး သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိသော Washington Healthplanfinder သို့မဟုတ် DSHS မှ ပြုလုပ်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုအား သဘောမတူလျှင် အယူခံဝင်နိုင်သည့်အခွင့်အရေးအား သင့်ထံ ပေးအပ်မည်ဖြစ်သည်။ အယူခံဝင်မှုတစ်ခုအား တောင်းဆိုခြင်းအားဖြင့် သင်၏အမှုအား ပြန်လည်ကြည့်ရှုစစ်ဆေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ Washington Healthplanfinder အယူခံဝင်မှု လုပ်ငန်းစဉ်များနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များအား ဖော်ပြပါ Washington Healthplanfinder အယူခံဝင်မှုများ စာမျက်နှာ၌ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းအားဖြင့် အချက်အလက်များ သင် ပိုမို တွေ့ ရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည် - <http://www.wahbexchange.org/appeals/> သို့မဟုတ် Washington Healthplanfinder ၏ သုံးစွဲသူပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုစင်တာ ထံ 1-855-923-4633 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ DSHS အစီအစဉ်များအတွက် အယူခံဝင်မှုများနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များအတွက် DSHS သုံးစွဲသူ ဝန်ဆောင်မှု ဆက်သွယ်ရေးစင်တာထံ 1-877-501-2233 သို့ သင် ဆက်သွယ်နိုင်ပေမည်။ သို့မဟုတ် ဒေသခံ Home and Community Services Office (နေအိမ်နှင့် ရပ်ရွာအဖွဲ့အစည်း ဝန်ဆောင်မှုများရုံးခန်း) သို့ သွားရောက်လည်ပတ်နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ အယူခံဝင်မှုသည် Washington Apple Health အကျိုးပင်လွှဲပြောင်းမှုနှင့်ပတ် သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်ပါက အမှုကို ပြန်လည်ဆန်းစစ်ခြင်းဖြင့် ဖြေရှင်းနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ သင့်အတွက် အုပ်ချုပ်မှုပိုင်းဆိုင်ရာ ကြားနာမှုတစ်ခုကို သတ်မှတ်စီစဉ်ပေးမည်ဖြစ်သည်။

သင့်အား တရားမျှတစွာ ဆက်ဆံပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုသည် ဥပဒေနှင့် ဆန့်ကျင်သည်။ Washington Health Benefit Exchange (ဂရင်တန် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု)/Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖယ်ဒရယ် နိုင်ငံသား အခွင့်အရေး ဥပဒေများနှင့်အညီ လိုက်နာဆောင်ရွက်မှုရှိပြီး၊ လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အမျိုးအစားအပေါ် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းများ မပြုပေ။ Washington Health Benefit Exchange (ဂရင်တန် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု)/Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အမျိုးအစားအပေါ် အခြေခံကာ လူအများအား ချန်လှပ် လျှို့ဝှက်ခြင်း သို့မဟုတ် မတူကွဲပြားစွာ ဆက်ဆံခြင်းများ မပြုလုပ်ပေ။

ထို့ပြင် Washington Health Benefit Exchange (ဂရင်တန် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု)/Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် သက်ဆိုင်ရာ ပြည်နယ်ဥပဒေများနှင့်အညီ လိုက်နာဆောင်ရွက်ပြီး၊ ဘာသာအယူဝါဒ၊ ဂျွန်ဒါ၊ ဂျွန်ဒါဖွင့်ဟမှု သို့မဟုတ် အထောက်အထား၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု၊ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ၊ ဘာသာရေး၊ ဂုဏ်သိက္ခာရှိသည့် စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေ၊ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းတစ်ဦးဖြစ်၍ ထရီနီနှင့်ရရှိထားသော လမ်းညွှန်ခွေး သို့မဟုတ် အကူအညီပေးသည် တိရစ္ဆာန်တစ်ကောင်အား အသုံးပြုရမှု အစရှိသည်တို့အပေါ်တွင် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းများ မပြုပေ။

- Washington Health Benefit Exchange (ဂရင်တန် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု)/Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် -
• မသန်စွမ်းသူများ ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ထိရောက်စွာ ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်နိုင်ဖို့အတွက် အောက်ဖော်ပြပါတို့ ကဲ့သို့သော အခမဲ့ အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထောက်ပံ့ပေးပါသည် -
• အရည်အချင်းပြည့်မီသော သင်္ကေတပြဘာသာစကား စကားပြန်များ
• အခြားသော ဖောမတ်ပုံစံများ (ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီး၊ အသံအော်ဒီယို၊ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်သော အီလက်ထရောနစ် ဖောမတ်ပုံစံများ၊ အခြားသော ဖောမတ်ပုံစံများ) တို့ဖြင့် ရေးသားထားသော အချက်အလက်များ
• အခြေခံဘာသာစကားမှာ အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သော ပုဂ္ဂိုလ်များအတွက် အောက်ဖော်ပြပါကဲ့သို့သော အခမဲ့ ဘာသာစကား ဝန်ဆောင်မှုများကို ထောက်ပံ့ပေးပါသည် -
• အရည်အချင်းပြည့်မီသော စကားပြန်များ
• အခြားသော ဘာသာစကားများဖြင့် ရေးသားထားသော အချက်အလက်များ

အကယ်၍ သင် ဤဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်လျှင် 1-855-923-4633 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

အကယ်၍ Washington Health Benefit Exchange (ဂရင်တန် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု)/Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) တို့သည် ဤဝန်ဆောင်မှုများအား ထောက်ပံ့ပေးရန် ပျက်ကွက်သည် သို့မဟုတ် အခြားသော နည်းလမ်းတစ်ခုခုဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံသည်ဟု သင် ယူဆလျှင် ဖော်ပြပါထံသို့ သင် မကျေနပ်ချက် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။

- Washington Health Benefit Exchange Legal Department
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
Fax: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- Health Care Authority Division of Legal Services
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

သင့်အနေနှင့် မကျေနပ်ချက်အား လူကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် စာတိုက်၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်တို့မှတစ်ဆင့် တိုင်ကြားလျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင် မကျေနပ်ချက်အား တိုင်ကြားဖို့ အကူအညီလိုအပ်လျှင် သင့်အား အကူအညီပေးရန်အတွက် Washington Health Benefit Exchange (ဂရင်တန် ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်မှု) ဥပဒေရေးရာ ဌာနနှင့် Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) ဥပဒေရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲတို့ ရှိပါသည်။

ထိုပြင် U.S. Department of Health and Human Services (ကျန်းမာရေးနှင့် လူသား ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာ U.S. ဌာန)၊ Office for Civil Rights (နိုင်ငံသား အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ရုံးခန်း) ထံ အီလက်ထရောနစ်နည်းလမ်းဖြစ်သည့် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> သို့မဟုတ် အောက်ပါ စာတိုက် သို့မဟုတ် ဖုန်းမှသော်လည်းကောင်း နိုင်ငံသား အခွင့်အရေးနှင့်ပတ်သက်သော မကျေနပ်ချက်များကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

မကျေနပ်ချက် လျှောက်လွှာဖောင်များကို www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html တွင် ရယူနိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပေးလွှာများ ပရိုဂရမ်များ အားလုံးအတွက် (သင် မဖြစ်မနေဆောင်ရွက်ရမည့်) သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ

SSN နှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ ဖွင့်ဟချက်။ အချို့သော ခြွင်းချက်အခြေအနေများတွင်မူ သင့်အနေနှင့် သင်ကိုယ်တိုင် နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပေးလွှာများဖြည့်မှု အား လျှောက်ထားလိုသော သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ မည်သူမဆိုတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းနံပါတ်တို့အား ထောက်ပံ့ပေးရမည် ဖြစ်သည်။ ကျန်းမာရေး အာမခံ ပရိုဗီယံ အခွန် ခရက်ဒစ်များ အတွက် လျှောက်တင်ရန် SSN ကို လိုအပ်သည်။ သင်၏ အထောက်အထား၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နှင့် အခြား ရရှိနိုင်သော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံမှုများကို အတည်ပြုခြင်းအားဖြင့် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် အဆိုပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပါသည်။

အဆိုပါ အချက်အလက်များကို လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အေဂျင်စီများထံ မျှဝေခြင်း မပြုလုပ်ပါ။

လွှမ်းခြုံမှုကို သင့် မိသားစုထံရှိ မိသားစုဝင်များအချို့အတွက် သင် လျှောက်တင်ပေးနိုင်သည်။ သို့သော် အခြားသူများအတွက် မရနိုင်ပါ။ အကယ်၍ သင့်တွင် မိသားစုဝင်များအားလုံးအတွက် SSN သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း နံပါတ် မရှိခဲ့ပါက အခြားသူများက လျှောက်တင်နိုင်ခြင်းဖြစ်ပြီး လွှမ်းခြုံမှု ရယူနိုင်ပါသည်။ ဥပမာ၊ သင်သည် လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်း မပြည့်မီသော်လည်း သင့်ကလေးအတွက် သင် လျှောက်တင်နိုင်ပါသည်။ ဤသို့လျှောက်ထားခြင်းသည် သင်၏ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေသို့သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် အခြေအနေအတိုင်း သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားဖြစ်လာရန် အခွင့်အရေးအပေါ် သို့သော်လည်းကောင်း သက်ရောက်မှု မရှိပေ။

Washington Apple Health ၌ နိုင်ငံထဲတွင် တရားဝင်နေထိုင်မှုအား မပြသနိုင်သူများအတွက် ပရိုဂရမ်များအချို့လည်းရှိပါသည်။ သို့သော် သင့်မိသားစုတစ်ဦးဦးအတွက် SSN သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်းနံပါတ် မပြရန် သင် ရွေးချယ်ခဲ့ပါက လျှောက်ထားသူ-မဟုတ်သူ၏ ဝင်ငွေ အချက်အလက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး သင်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်လက် လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်ပါလိမ့်မည်။

အကယ်၍ အေဂျင်စီမှ တောင်းဆိုလာခဲ့လျှင် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်သာ လိုအပ်သော အချက်အလက် သို့မဟုတ် သက်သေအထောက်အထား မှန်သမျှကို ထောက်ပံ့ပေးပါ။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှမ်းခြုံမှု ပရိုဂရမ်များ အားလုံးအတွက် သင် သိရှိထားသင့်သည့် အရာများ

Washington Healthplanfinder နှင့် ပြည်နယ်မှ စီမံအုပ်ချုပ်သော လျှောက်လွှာ စနစ်များ၏ စီမံလည်ပတ်မှု၊ ၎င်းတို့အား အသုံးပြုမည့်သူတစ်ဦးဖြစ်သည်နှင့်အညီ သင်၏ အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ၊ နှင့် ၎င်းတို့အား အသုံးပြုခြင်းကြောင့် သင် ရရှိမည့် အကျိုးပေးလွှာများ အစရှိသည်တို့အပေါ် အစိုးရသည် အချို့သော ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများလည်း ရှိပေ သည်။ အဆိုပါ စနစ်များကို အသုံးပြုခြင်းအားဖြင့် သင်သည် ၎င်းတို့အား အသုံးပြုသူအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိသော ဥပဒေများ နှင့် အသုံးပြုခြင်း၏ ရလဒ်ဖြစ်သော လွှမ်းခြုံမှုများကို လိုက်နာမည်ဖြစ်ကြောင်းကြောင်း သဘောတူခြင်းဖြစ်ပါသည်။

1973 အမျိုးသား မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေး အက်ဥပဒေသည် ပြည်နယ်များ အားလုံးအား မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေးတွင် မိမိတို့၏ ပြည်သူ့အကူအညီပေးရေး ရုံးခန်းများမှတစ်ဆင့် အကူအညီပေး ရန် ပြဋ္ဌာန်းထားသည်။

မဲဆန္ဒပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင် ရန်လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းပယ်ခြင်းများသည် ဤအေဂျင်စီမှ ပံ့ပိုးပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကို မထိခိုက်ပါ။ မဲဆန္ဒပေးရန် www.vote.wa.gov တွင် သင် မှတ်ပုံတင်နိုင်သည့် သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းအားဖြင့် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေးဖောင်များကို မှာယူနိုင်သည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ရွေ့လျားသယ်ဆောင်နိုင်စွမ်းနှင့် တာဝန်ယူမှုဆိုင်ရာ အတိတ်ဥပဒေ (HIPAA) ၏ ကန့်သတ်ချက်များအရ Health Care Authority (HCA) နှင့် DSHS တို့အား သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦး၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအပါအဝင် မည်သူမဆိုဖြင့် ဆွေးနွေးတိုင်ပင်ခြင်းအား တားမြစ်ထား သည်။ သို့သော် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်သည် အကျိုးဆောင်ရွေ့ နေအာဏာအား ရရှိထားသည်။ သို့မဟုတ် ဤအချက်အလက်များ၏ ဖွင့်ဟမှုအား ခွင့်ပြုသော သဘောတူညီချက်လျှောက်လွှာဖောင် အား သင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် အခြေအနေများမှလွဲ၍ ဖြစ်သည်။ ဤတွင် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်၊ HIV, AIDS, STD စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ၊ သို့မဟုတ် ကုသမှု နှင့် ဓါတုပစ္စည်း ခိုဝှဲခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများတို့နှင့်ပတ်သက်သော ဖွင့်ဟမှုများ ပါဝင်ပါသည်။

Washington Healthplanfinder ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာ မူဝါဒနှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအတွက် https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

ရေးနှုန်းတတ်စွမ်းနိုင်သော ကုသစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အတိတ်ဥပဒေ Washington Healthplanfinder နှင့် DSHS တို့အား သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုမှ မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦး တို့၏ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သိရှိနိုင်သည့် အချက်အလက်များ (PII) ကို ၎င်းတို့အား လက်ခံရယူခွင့်မရှိသည့် မည်သူမဆိုထံ၊ ထို့ပြင် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်မပါရှိဘဲ ပေးအပ်ခြင်း မပြုရန် တားမြစ်ထားသည်။

Washington Healthplanfinder နှင့် DSHS ထံသို့ သင် ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များအား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှုအတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်မှာ ဖယ်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ် တာဝန်ရှိသူများတို့မှ အတည်ပြုစစ်ဆေးသွားမည် ဖြစ်သည်။ အတည်ပြုခြင်းတွင် အေဂျင်စီ စီစဉ်ထားသော နောက်ဆက်တွဲလုပ်ဆောင်ခြင်း ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများ ပါဝင်နိုင်ပေသည်။

Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာတစ်စောင်အား သင် စတင်ဖြည့်စွက်ပြီး၊ အကယ်၍ အကြောင်းအရင်း တစ်စုံတစ်ရာကြောင့် လုပ်ငန်းစဉ်အား သင် ပြီးမြောက်ဆောင်ရွက်နိုင်ခဲ့ခြင်း မရှိပါလျှင် သင်၏ အချက်အလက်များအား Washington Healthplanfinder အတွင်း သို့လှောင်သိမ်းဆည်းထားမည် ဖြစ်ပြီး၊ ရက် 90 အတွင်း သင် ဝင်ရောက်ရယူနိုင်ပေမည်။ အကယ်၍ ရက် 90 ကာလကျော်လွန်ပြီးသည့်တိုင် လျှောက်လွှာအား သင် ဖြည့်စွက်မပြီးသေးလျှင် သင်၏ အချက်အလက်များအား Washington Healthplanfinder စနစ်အတွင်းမှ ပယ်ဖျက်ပစ်မည်ဖြစ်သည်။

Washington Healthplanfinder၊ HCA နှင့် DSHS တို့သည် သင်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ အစီအစဉ်ကို စီမံရန် တာဝန် မရှိပေ။ သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်သူသည် သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်နှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ထပ် အချက်အလက်များအား သင့်ထံ ထောက်ပံ့ပေးနိုင်ပါသည်။

သင် အရည်အချင်းပြည့်မီသော အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ သင့်အစီအစဉ်လက်အောက်ရှိ အိတ်ကပ်မှု တိုက်ရိုက်ထုတ်ချေရသော အသုံးစရိတ်များ၊ အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုမှု ပြုလုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့် ပြင်းဆန်ခံရမှုအား အလုပ်ဝင်ခြင်း အစရှိသည်တို့အပါအဝင် သင့် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်၏ သတ်မှတ်ပြဌာန်းချက်များနှင့်ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးခွန်းများ ရှိပါက သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်သူထံသို့ သင် ဆက်သွယ်သင့်ပေသည်။ Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် ဝယ်ယူခဲ့သော ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှု တစ်ခုခု ဖျက်သိမ်းပြီးသည့်နောက် အကယ်၍ သင်သည် COBRA အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည်ဆိုလျှင် COBRA အား စီမံဆောင်ရွက်ပြီး၊ COBRA နှင့်ပတ်သက်သည့် လိုအပ်သော အသိပေးအကြောင်းကြားချက်များအား သင့်ထံ ထောက်ပံ့ပေးခြင်းသည် သင့်အလုပ်ရှင်၏ တာဝန်ဝတ္တရား ဖြစ်ပေသည်။

သင် ရွေးချယ်သော အာမခံသယ်ဆောင်သူထံမှ ထောက်ခံခွင့်ပြုစာ၊ နှင့် အာမခံစာချုပ် သို့မဟုတ် အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ဟူ၍လည်း သိရှိထားသော အာမခံမူဝါဒတို့အား သင် မရရှိသေးမချင်း လက်ရှိ အာမခံ အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှုတစ်ခုခုအား ဖျက်သိမ်းခြင်း မပြုပါနှင့်။ သို့မဟုတ် COBRA အကျိုးခံစားခွင့် တစ်ခုခုအား ပြင်းဆန်ခြင်း မပြုပါနှင့်။ မူဝါဒမှ ပြဌာန်းသတ်မှတ်ချက်များအား သင် နားလည်သဘောပေါက်၍ သဘောတူလက်ခံကြောင်း သေချာအောင်ဆောင်ရွက်ပါ။ သက်ရောက်မှုနေ့စွဲ၊ စောင့်ဆိုင်းကာလများ၊ ပရီမီယံကြေး ပမာဏ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ကန့်သတ်ချက်များ၊ ချွန်လုပ်ချက်များ နှင့် မောင်းနှင်သူများ အစရှိသည်တို့ကို အထူးအလေးပေး ဂရုစိုက်ပါ။

ထောက်ပံ့မှုရရှိရန် တွန်းအားပေးဆောင်ရွက်ပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကလေးထောက်ပံ့ရေးဌာန (DCS) မှတစ်ဆင့် သင် လျှောက်ထားနိုင်သည်။ အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် လျှောက်လွှာရယူရန် www.childsupportonline.wa.gov သို့ လည်ပတ်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဒေသခံ DCS ရုံးသို့ ဆက်သွယ်ပါ။

Washington Apple Health အတွက်သာလျှင် (ကျွန်ုပ်တို့ လိုက်နာဆောင်ရွက်ပေးမည်ဖြစ်သော) သင့်အခွင့်အရေးများ

သင်ပေးကြမ်းတောင်းဆိုပါကသင်၏ အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်များကို သင့်အား ရှင်းပြပေးပါသည်။

သင့်အား အနည်းဆုံးဖြင့်၊ သင့်အမည်၊ လိင်စာ၊ နှင့် လက်မှတ် သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူ၏ခွင့်ပြုချက် ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် ပါဝင်သည့် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအားဖြင့် လျှောက်လွှာတင်ခြင်း ခွင့်ပြုသည်။ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာတင်ခြင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသည့် နေ့သည် သင်၏ လျှောက်လွှာတင်ခြင်း နေ့စွဲဖြစ်ပြီး၊ သင်၏ လွှဲပြောင်းမှုများ သက်ရောက်မှုရှိလာသည့်အခါ ၎င်းနေ့စွဲသည် သက်ရောက်မှုရှိကောင်း ရှိနိုင်ပေသည်။ လျှောက်လွှာအား သင် ဖြည့်စွက်မပြီးသေးမချင်း ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှုနှင့်ပတ်သက်၍ အဆုံးသတ် ဆုံးဖြတ်ချက်အား ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပေ။

သင့်အား WAC 182-503-0005 အောက်၌ စာရင်းပြုစုထားသည့် နည်းလမ်း တစ်ခုခုကို အသုံးပြုပြီး လျှောက်လွှာတင်ရန် သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း လျှောက်လွှာတင်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

သင့် လျှောက်လွှာအား ချက်ချင်း စီမံဆောင်ရွက်ပေးပါ။ ထို့ပြင် WAC 182-503-0060 အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် အချိန်ဇယားထက် မကျော်လွန်စေပါနှင့်။

အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သော အချက်အလက်များ ကို ပေးပို့လာရန် သင့်အား ပြက္ခဒိန်ရက် 10 ရက်အချိန်ပေးပါသည်။ သင် အချိန်ထပ်မံတောင်းဆိုပါက သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ အချိန် ထပ်ပေးပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့အား အချက်အလက်မပေးပါက သို့မဟုတ် အချိန် ထပ်မံတောင်းဆိုပါက သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ ငြင်းပယ်ခြင်း၊ ပိတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲခြင်း များ ပြုလုပ်နိုင်သည်။

သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် သင် အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် အထောက်အထားများ ရယူရန် အကဲအခံများရှိပါက သင့်အား ကူညီပေးပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုသည့် စာရွက်စာတမ်းအတွက် သင်ငွေကြေးပေး ဆောင်ရမည်ဆိုလျှင် ၎င်းအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ပို့ပေးမည်ဖြစ်ပြီး ကုန်ကျစရိတ်အတွက် ပေးဆောင်ပေးပါမည်။

ကိစ္စအများစုတွင် သင်၏ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအား ကျွန်ုပ်တို့ မရပ် လိုက်မှီ သင့်အား အနည်းဆုံး 10 ရက် အသိပေးပါသည်။

ကိစ္စအများစုတွင် သင့်အားဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်းကို 45 ရက်အတွင်း စာဖြင့် ရေးသား အသိပေးပါသည်။ အချို့သော မသန်မစွမ်းဖြစ်မှု ကိစ္စများတွင် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအတွက် 60 ရက်အထိ ကြာမြင့်နိုင်သည်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့်ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို 15 ရက်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ စာဖြင့်ရေးသားပေးပို့ပေးပါသည်။

သင်၏ အမှတ်စဉ်ကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးပါက စုံစမ်းစစ်ဆေးသူနှင့် စကား မပြောရန် ငြင်းပယ်ခြင်းအခွင့် ပေးပါသည်။ သင့်အိမ်ထဲသို့ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူအား ဝင်ရောက်စေရန် မလိုပါ။ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူအား နောက်တစ်ကြိမ်အခါမှ ပြန်လာရန် သင် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဤသို့တောင်းဆိုမှုသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လွှဲပြောင်းမှုအတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ထိခိုက်စေမည် မဟုတ်ပါ။

WAC 182-504-0125 အရ အခြားသော ပရိုဂရမ်တစ်ခု၌ သင် အရည်အချင်းပြည့်မီ နိုင်သည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ဆုံးဖြတ်နေစဉ်တွင် Washington Apple Health လွှဲပြောင်းမှု ကိုဆက်လက် လုပ်ဆောင်ပါသည်။

သင် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက WAC 182-503-0120 ထံတွင် ဖော်ပြထားသည့် အတိုင်း သင့်အား တန်းတူညီမျှသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးပါသည်။

Washington Apple Health အတွက်သာလျှင် (သင် မဖြစ်မနေဆောင်ရွက်ရမည့်) သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ

အပြောင်းအလဲဖြစ်ပေါ်ပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 30 အတွင်းတွင် WAC 182-504-0105 နှင့် WAC 182-504-0110 အရ လိုအပ်သည့်အတိုင်း အပြောင်းအလဲများအား အစီရင်ခံပါ။ မည်သည့် အပြောင်းအလဲများအား သင် အစီရင်ခံတင်ပြရမည်ဆိုသည်ကို ကြည့်ရှုရန် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်စာအား ဖတ်ရှုပါ။

မေးမြန်းသည့်အခါတွင် သက်တမ်းတိုးမှုများအား ဖြည့်စွက်ဆောင်ရွက်ပေးပါ။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ ငွေတောင်းခံလွှာ ပေးပို့ရန်မှာ လိုအပ်သော အချက်အလက်များအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့သူများထံသို့ ပေးအပ်ပါ။

အကယ်၍ သင်သည် Medicare အား ရရှိခွင့်ရှိလျှင်၎င်းအား လျှောက်ထားပါ။

တောင်းဆိုသည့်အခါတွင် အရည်အသွေးသေချာစေရေး ဝန်ထမ်းများနှင့်အတူ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ပါ။

သင် Washington Apple Health အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား တောင်းဆိုသည့်အခါတွင် သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိသည့်အခါတွင် အခြားသော အရင်းအမြစ်များမှ ရနိုင်ခြေရှိသော ပင်ငွေအား ရရှိရန်မှာ လျှောက်ထား၍ ကျိုးကြောင်းသင့်တော်သော အားထုတ်မှု ပြုလုပ်ပါ။

Washington Apple Health အတွက်သာလျှင် သင် သိရှိထားသင့်သည့် အရာများ

Washington Apple Health လက်ခံရရှိရန် နှင့် တောင်းဆိုခြင်းအားဖြင့် Washington ပြည်နယ် သို့ နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးချေမှုပြုပေးသော တတိယပါတီများသို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးမှုအတွက် အခွင့်အရေးများ အားလုံးကို သင် ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။

အေဂျင်စီအနေနှင့် သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း မှတ်တမ်းကို ကလေး သူငယ် ကိုယ်ရေးရာဇဝင် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း ခြေရာခံ စနစ် (Child Profile Immunization Tracking System) တွင် မျှဝေကောင်း မျှဝေပေးမည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လွှမ်းခြုံမှု၊ ငွေကြေးအကူအညီ၊ အစားအစာ အကူအညီ နှင့် ကလေး စောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့ငွေ အစရှိသည်တို့ကိုသို့သော ပရိုဂရမ်များအတွက် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့်များ နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ဆုံးဖြတ်ရန်မှာ သင် အစီရင်ခံတင်ပြသည့် အချက်အလက်များကို DSHS သို့ တင်ပြနိုင်ပါသည်။

ဥပဒေအရ Washington ပြည်နယ်သည် ၎င်းတို့ ပေးဆောင်ပေးသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ အချို့အတွက် ကုန်ကျစရိတ်များအား သင်၏အမွေဥစ္စာမှ အိမ်ရာပြန်လည် ရရှိရေး (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 နှင့် အခန်း 182-527 WAC) မှတဆင့် ပြန်လည်ရယူနိုင်ပါသည်။ အိမ်ခြံမြေပြန်လည်ရယူခြင်းသည် သင်၊ သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် ကျန်ရစ်သူအသက် 21 အောက်သို့အထက် သားသမီး မသေဆုံးခင်အထိ အကျိုးမဝင်ပါ။ အကယ်၍ ကျန်ရစ်သူ ကလေးသည် သင့် သေဆုံးမှုအချိန်၌ မျက်မမြင်/မသန်မစွမ်း ဖြစ်ခဲ့ပါကလည်း ၎င်းသည် မဖြစ်ပေါ်နိုင်ပါ။ ပြန်လည်ရယူနိုင်သော ကုန်ကျစရိတ်များမှာ -

- အချို့သော Washington Apple Health ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှုများ၊ အကယ်၍ ဝန်ဆောင်မှုများအား သင် လက်ခံရရှိချိန်၌ သင်သည် အသက် 55 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်ဖြစ်လျှင်၊
- အချို့သော ပြည်နယ်သာလျှင် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဝန်ဆောင်မှုအား သင် လက်ခံရရှိချိန်၌ သင်၏အသက် မည်မျှပင်ရှိနေပါစေ။

ကုန်ကျစရိတ် ပြန်လည်ရရှိရန် စာရင်းများကို WAC 182-527-2742 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်ပါသည်။ ပြန်လည်ရရှိရန် ဖယ်ထုတ်ထားသည့် ပိုင်ဆိုင်မှု စာရင်းများကို WAC 182-527-2746 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်ပါသည်။

သင်သည် အမြဲတမ်းအခွင့်ဖြစ်လာပါက သင်မသေဆုံးမှီ၊ မည်သည့်အသက်အရွက်တွင်မဆို၊ နိုင်ငံတော်မှ သင်၏ပိုင်ဆိုင်မှုကို အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည် (WAC 182-527-2734)။ အောက်ဖော်ပြပါအခြေအနေများမှလွဲ၍ နိုင်ငံတော်သည် ပိုင်ဆိုင်မှုဥစ္စာ သို့မဟုတ် သင့် အိမ်ခြံမြေအမွေဥစ္စာကို ရောင်းချခြင်းအားဖြင့် ပြန်လည်ငွေဖော်ကောင်း ငွေဖော်ပေးမည် -

- သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်သည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်သည်၊
- သင်၏ မွေးချင်းများသည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်ပြီး၊ ပူးတွဲပိုင်ဆိုင်သူများ ဖြစ်ကြကာ အချို့သော ကန့်သတ်ချက်များဖြင့် ပြည့်မီကိုက်ညီသည်။
- သင်၏ကလေးသည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်ပြီး၊ မျက်မမြင်/မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်နေသည်၊ သို့မဟုတ်
- သင်၏ကလေးသည် ၎င်းပိုင်ဆိုင်မှု၌ နေထိုင်ပြီး၊ အသက် 21 နှစ်အောက် ဖြစ်သည်။

ကြိုတင်-သေဆုံးမှု အကြွေး ကုန်ကျစရိတ် ပြန်လည်ရရှိရန် စာရင်းများကို WAC 182-527-2734 အောက်တွင် သင် ရှာဖွေနိုင်ပါသည်။

ထောက်ပံ့သူများထံမှ မလိုအပ်သော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် တောင်းခံပါက သင့်အား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူ၊ ဆေးဆိုင်၊ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးရုံ တစ်ခုမှ ကန့်သတ်မှုပြုကောင်း ပြုပေးမည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များသာလျှင်အတွက် သင် သိရှိထားသင့်သည့်အရာများ

ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ အချက်အလက်များအား စစ်ဆေးအတည်ပြုပါသည် - သင့်လျှောက်လွှာပေါ်မှ အချက်အလက်များအား ဖယ်ဒရယ် ဒေတာဘေ့စ်ဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ အတည်ပြုပါသည်။ အကယ်၍ သင့်လျှောက်လွှာပေါ်တွင် သင် ထည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များသည် ဖယ်ဒရယ် ဒေတာဘေ့စ်ဖြင့် ကိုက်ညီမှု မရှိပါလျှင် ဤစာရွက်စာတမ်းများအား ထောက်ပံ့ပေးရန် သင် 95 ရက် အချိန်ရရှိပေးမည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ တောင်းဆိုမှု (များ)အား တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်ပေးရန် ပျက်ကွက်ပါက သင်၏ အကျိုးပိုင်လွှမ်းခြုံမှု သို့မဟုတ် အခွန် ခရစ်ဒစ်များ ပျက်သိမ်းခံရသည့်ရလဒ် ရရှိနိုင်ပေသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ တောင်းဆိုမှုအား တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်ပေးရန်မှာ သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရား ဖြစ်ပြီး၊ သင့်တွင် မေးခွန်းများ ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ ထို့ပြင် နောက်ဆုံးသတ်မှတ်ရက်မတိုင်မီ တုံ့ ပြန်ပေးပါ။

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) - လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ရှိသော သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ တစ်ဦးတစ်ယောက်စီတိုင်းအတွက် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (များ)အား ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ သင် ပေးအပ်ထားရန် လိုအပ်ပေသည်။ အကယ်၍ တစ်စုံတစ်ဦး၌ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် မရှိသည့်တိုင် ၎င်းတို့သည် ကျန်းမာရေးအာမခံဆိုင်ရာ အကျိုးပိုင်လွှမ်းခြုံမှုအား ရရှိကောင်း ရရှိနိုင်ဆဲ ဖြစ်ပေမည်။

ဝင်ငွေတွင် အပြောင်းအလဲများ ရှိပါက ချက်ချင်း အစီရင်ခံတင်ပြပါ - သင့်လျှောက်လွှာအတွင်း သင် ထည့်သွင်းထားသော ဝင်ငွေသည် ဤနှစ် သင် ရှာဖွေရရှိနိုင်မည်ဟု သင် ထင်မြင်သော ခန့်မှန်းငွေ ၁ ပမာဏတစ်ခု ဖြစ်သည်။ သင်၏ ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲသွားသည့်အခါ သင်၏ ခန့်မှန်းငွေအား သင် မွမ်းမံပြင်ဆင်သင့်ပေသည်။ သင်၏ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲသည် အခွန်ခရစ်ဒစ်များအတွက် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအား ပြောင်းလဲကောင်း ပြောင်းလဲစေနိုင်ပြီး၊ ၎င်းသည် သင်၏ နုတ်ယူဖြတ်တောက်မှုများ နှင့် စရိတ်မျှခံမှု လျော့ချခြင်းများတို့ကို ပြောင်းလဲစေမည် ဖြစ်သည်။ သင်၏ ဝင်ငွေ အား ခန့်မှန်းသည့်အခါတွင် ဖြစ်နိုင်သမျှ တိကျမှန်ကန်မှု ရှိစေပါ။ ထို့ပြင် သိသာထင်ရှားသော အပြောင်းအလဲများ အားလုံးအား လျှင်မြန်စွာ အစီရင်ခံတင်ပြပါ။

အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား ချိန်ညှိရန် လိုအပ်သည် - သင် လက်ခံရရှိသော အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား IRS သို့ သင် အစီရင်ခံတင်ပြရန် လိုအပ်သည်။ နှစ်စဉ် IRS အခွန်ပြန်တမ်းတစ်စောင်အား ပြည့်စွက်၍ မှန်ကန်သော IRS ဖောင်များအား ထည့်သွင်းခြင်းအားဖြင့် ဤသည်အား သင် ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။ IRS သို့ အခွန်ခရစ်ဒစ်များ တင်ပြရန် ပျက်ကွက်ပါက အနာဂါတ်တွင် သင် အခွန်ခရစ်ဒစ်များ မရရှိစေနိုင်ရန် တားဆီးထားမည် ဖြစ်သည်။ နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များ ရရှိရန်အတွက် IRS လျှောက်လွှာဖောင် 1095 နှင့် 8962 တို့နှင့်အတူ ထောက်ပံ့ထားသည့် ညွှန်ကြားချက်များ အား ဖတ်ရှုပေးပါ။

ပြသထားသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုန်ကျစရိတ်များသည် ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည် - ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်သူ၏ ရေးသားသတ်မှတ်ထားသော အလေ့အကျင့်များ၊ နှင့် ရရှိနိုင်သော ရွေးချယ်စရာများထဲတွင်မှ သင်၏ ရွေးချယ်မှုတို့အပေါ် အခြေခံပြီး ကုန်ကျစရိတ်များ ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်လွှာ အပိုင်း 1

1 ပင်မ လျှောက်ထားသူ၏ အမည် နှင့် ဆက်သွယ်လိမ့်မည့် အချက်အလက်များ

အမည်ပထမစာလုံး	M.I.	အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး နှင့် နောက်ဆက်များ		
မွေးသက္ကရာဇ်(လ/ရက်/ခုနှစ်)	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)*	မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား	အမျိုးသား	အမျိုးသမီး

လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏လက်မှတ်

သင့်တွင် အိမ်လိမ့်မည့် ရှိပါသလား။ မရှိ ရှိ

အကယ်၍ မရှိလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မည်သည့်ကောင်တီ၌ သင် လက်ခံရယူလိုသနည်း။
စာပို့လိမ့်မည့်အား သင် ထောက်ခံပေးရန်လိုသေးသည်။

သင် နေထိုင်သောလိမ့်မည့်	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
စာပို့လိမ့်မည့် (အကယ်၍ မတူညီလျှင်)	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
အဓိက ဖုန်းနံပါတ်	ဒုတိယ ဖုန်းနံပါတ်	အီးမေးလ်လိမ့်မည့်	

Washington Healthplanfinder အနေနှင့် သင့်လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင့်ထံ ဆက်သွယ်ဖို့ လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်ပေမည်။ ထို့ပြင်/သို့မဟုတ် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအား တောင်းဆိုကောင်း တောင်းဆိုပေမည်။ သင့်အား မည်သို့ ဆက်သွယ်သည်ကို သင် ပိုမိုနှစ်သက်သနည်း။ ဖုန်း အီးမေးလ် USPS စာတိုက်

*HCA အနေနှင့် ဤအချက်အလက်များအား လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ တွန်းအားပေးမှု ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ အေဂျင်စီထံ မျှဝေခြင်း ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပေ။ အကယ်၍ သင့်တွင် SSN မရှိလျှင် ဤတွက်လိမ့်မည့်အား ချန်ထားခဲ့ပါ။

2 ဘာသာစကား အချက်အလက်

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် စကားပြန်အား လိုအပ်ပါသလား။ ထို့ပြင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားမဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားဖြင့် စာရွက်စာတမ်းများအား လက်ခံရယူလိုပါသလား။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟု ဆိုပါက မည်သည့် ဘာသာစကား သို့မဟုတ် အခြားဖောမတ်ပုံစံအား သင် လိုအပ်သနည်း။ သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအားစာရင်းပြုပေးပါ - _____

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားသောဖောမတ်ပုံစံဖြင့် စာရွက်စာတမ်းအား လိုအပ်ပါသလား။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟု ဆိုပါက သင့်ထံသို့ မည်သည့် အခြားဖောမတ်ပုံစံအား ကျွန်ုပ်တို့ ပေးပို့ပေးသင့်သနည်း။
ပိုမိုကြီးမားသော ပုံနှိပ် အင်္ဂလိပ်စာ မျက်မမြင်စာ



ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အချက်အလက်များ

1. ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် (AREP) တစ်ဦးဆိုသည်မှာ အိမ်ထောင်စု အခြေအနေများအား လုံလောက်စွာ သတိပြုသိရှိထားပြီး၊ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အိမ်ထောင်စုကိုယ်စား ပြုမူပေးရန် အိမ်ထောင်စုမှ ခွင့်ပြုထားသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူ တစ်ဦးကို ဆိုလိုသည်။ ဤသည်မှာ လမ်းညွှန်သူ သို့မဟုတ် ဖွဲ့စည်းတစ်ဦးနှင့် တွဲဖက်လုပ်ကိုင်ခြင်းဖြင့် ခြားနားသည်။
 2. အကယ်၍ လျှောက်ထားသူတစ်ဦးသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေတစ်ခုကြောင့်မှာ AREP တစ်ဦးအား တာဝန်ခန့်အပ်ရန် မတတ်စွမ်းနိုင်ပါလျှင် တစ်စုံတစ်ဦးသည် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် ခန့်အပ်တာဝန်ပေးမှု လျှောက်လွှာဖောင် (DSHS 14-532) အား dshs.wa.gov/authorized-rep-form တွင် ဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် AREP အဖြစ် မိမိကိုယ်ကို ခန့်အပ်ကောင်း ခန့်အပ်နိုင်ပေမည်။
 3. ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအား ခန့်အပ်ခြင်းဖြင့် သင်သည် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ထံသို့ အောက်ပါတို့အား ဆောင်ရွက်ရန် ခွင့်ပြုချက်ပေးလိုက် ခြင်းဖြစ်ပါသည်။
 - သင့်ကိုယ်စား လျှောက်လွှာအား လက်မှတ်ရေးထိုးရန်၊
 - သင့်လျှောက်လွှာနှင့် အကောင်အထည်ဆက်သွယ်သော အသိပေးအကြောင်းကြားချက်များအား လက်ခံရယူရန်၊ နှင့်
 - လျှောက်လွှာနှင့် စာရင်းအကောင်အထည်ဆက်သွယ်သော ကိစ္စရပ်များအားလုံးအတွက် သင့်ကိုယ်စား ပြုမူပေးရန်။
- a. သင့်အနေဖြင့် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအား ခန့်အပ်ပါမည်လား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
- b. သင်၏ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ကိုလည်း သင်၏ လျှောက်လွှာနှင့် စာရင်းအကောင်အထည်ဆက်သွယ်သော အသိပေးအကြောင်းကြားချက်များကို သင် လက်ခံရယူစေလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်/အဖွဲ့ အစည်း ဖုန်းနံပါတ်

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ စာပို့လိပ်စာ အီးမေးလ် လိပ်စာ

သင့်မိသားစုနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

သင့်အနေနှင့် ဤဖော်ပြပါ ပုဂ္ဂိုလ်များအား သင်၏ လျှောက်လွှာအတွင်း ထည့်သွင်းပေးရမည် ဖြစ်သည် - သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် သင်၏ ကလေးများ၊ မိမိတို့ကလေးနှင့် အတူ နေအိမ်တွင်နေထိုင်သော မိဘများ အားလုံး၊ နှင့် အကယ်၍ သင် ဖယ်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းအား လျှောက်ထားလျှင် ၎င်းပေါ်၌ သင် တောင်းဆိုဖို့ မျှော်လင့်ထားသည့် မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်မဆို။

သင့်မိသားစုနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များအား မျှဝေရန်အတွက် စာမျက်နှာ 9 မှ 16 အထိအား အသုံးပြုပါ။

အကယ်၍ သင်သည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်တမ်းပေါ်၌ အခွန်မှီခိုသူတစ်ဦးအဖြစ် တောင်းဆိုဖို့ မျှော်လင့်ထားလျှင် သင်၊ ထိုပြင် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် မိသားစုဝင်မှန်သမျှအား တောင်းဆိုထားသော အခွန်လျှောက်ထားသည့် အိမ်ထောင်စုဝင် အားလုံးအား ထည့်သွင်းပေးရမည် ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားဖို့ သင် အခွန်များ လျှောက်ထားရန် မလိုအပ်ပေ။

ပင်မလျှောက်ထားသူ (ကိုယ်တိုင်)

အမည်ပထမစာလုံး M.I. အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ကိုယ်တိုင်

သင့်နှင့်တော်စပ်ပုံ - (အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ခံပေးမည်မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား U.S. တွင် တရားဝင် နေထိုင်သော နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြားသော

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ-

လူပင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား - "A" နံပါတ် - ပြေစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသော နံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် - ထုတ်ပေးသော နိုင်ငံ -

ပင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်) စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

- တစ်ဦးတည်း အခွန်များအား လျှောက်ထားခြင်း လျှောက်လွှာပေါ်မှ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အိမ်ထောင်ဦးစ လျှောက်လွှာပေါ်တွင် မပါဝင်သော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်သည့် မှီခိုသူကလေးရှိသူ မှ ဆိုးမ (ဖို) ၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ
- အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန်လျှောက်ထားခြင်း
- အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -
- ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် - _____

အထက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကိုသို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြုပေးပါ - **(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)**

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လအသစ်၌ တူညီသော အခွန်အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

- အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ ဖလစ်ပိုင်နို လာအို ဗီယက်နမ်
- အာရှ အိန္ဒိယ ဗွားမေးနီးယန်း အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား လူဖြူ
- လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ဟာဝေးယံ အခြား လူမျိုး
- ကမ္ဘောဒီးယား ဂျပန် စပိန်
- တရုတ် ကိုရီးယား ထိုင်း

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

- ကျူးဘား မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်သူ
- အခြားသော စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်ထားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အမည်ပထမစာလုံး: M.I. အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး: မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား: အမျိုးသား အမျိုးသမီး

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ အိမ်တွင်းပါတနာ၊ ပါတနာ)

(အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည်၊ မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ - (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား: U.S. တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြားသော

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ -

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား - "A" နံပါတ် - ပြောစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် - ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ပင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်) စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

- တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း: လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန် မှီခိုသူ
- အိမ်ထောင်ဦးစ: လျှောက်လွှာပေါ် မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးနှင့်အတူ မှဆိုးမ(ဖို): ၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ
- အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -
- အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -
- ပင်မ အခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် - _____

အထက်တွင် စာရင်းပြုစေပြုထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကဲ့သို့ပင် ငြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ငြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြုပေးပါ - (ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ခြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လအတွက် သင်တို့ အခွန် အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည့်များအားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသား ပြုပေးပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	ဖလစ်ပီနို	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှအိန္ဒိယ	ဥာမေးနီးယန်း	အခြားသော အာရှ ပဓိစိတ် ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေးယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘာ့ဒီးယား	ဂျပန်	စမိုအာ	
တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း	

သင်သည် စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား	မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို	စပန်းနစ်ရှစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်ရှစ်/ဟစ်စပန်းနစ်	ပရူတိုရီကန်	

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

8 ကလေးများ/ အခွန်မှီခိုသူများ/ အခြားသော အိမ်ထောင်စု မိသားစုဝင်များအား စာရင်းပြုပေးပါ # 1

အမည်ပထမစာလုံး M.I. အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မွေးချိန်၌ စာရင်းသွင်းထားသော လိင်အမျိုးအစား အမျိုးသား အမျိုးသမီး

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - သားသမီး၊ မြေး၊ တူမ၊ တူ၊ မွေးချင်း)

(အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည်မဟုတ်ဘဲ ရွေးချယ်နိုင်သည်)
 နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ: (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား U.S. တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြားသော

လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ -

လူပင်မျက်နှာကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား - "A" နံပါတ် - ပြေစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် - ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ဝင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်) စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

(အကျိုးဝင်လွှဲပြောင်းမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည့်မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်အမှတ်အသားပြုပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား

U.S. တွင် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ

အခြားသော

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) -

အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ -

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား - "A" နံပါတ် - ပြောစာနံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် - ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ဝင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်) စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း

လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အိမ်ထောင်ဦးစ

လျှောက်လွှာပေါ်တွင် မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ

အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးငယ်ရှိသည့် မုဆိုးမ(မိ)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ

အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန်လျှောက်ထားခြင်း

အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန် လျှောက်ထားခြင်း -

ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည် - _____

အထက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကိုသို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြုပေးပါ - (ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ခြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လအမည်နှင့် တူညီသော အခွန်အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သူများ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	ဖလစ်ပီနို	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဥာမေးနီးယန်း	အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေယံ	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘာ့ဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်အာ	
တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း	

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား/မ: မက္ကစီကန်/မက္ကစီကန် အမေရိကန်/ချီကာနို စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် ပရူတိုရီကန်

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေရန် ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

8 ကလေးများ / အခွန်မှီခိုသူများ/အခြားသော အိမ်ထောင်စုဝင်များအား စာရင်းပြုပေးပါ #3

အမည်ပထမစာလုံး: M.I. အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး: မွေးသက္ကရာဇ်(လ/ရက်/ခုနှစ်)

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မွေးဖွားချိန် စာရင်းသွင်းထားသည့် လိင်အမျိုးအစား: အမျိုးသား အမျိုးသမီး

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - သားသမီး၊ မြေး၊ တူမ၊ တူ မွေးချင်း)

(အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား မလျှောက်ထားသူများအတွက်မူ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) သို့မဟုတ် နိုင်ငံသား အခြေအနေအား ထောက်ပံ့ပေးမည်/မပေးမည်ကို ရွေးချယ်နိုင်သည်) နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြေအနေ: (တစ်ခုအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ)

U.S. အရပ်သား သို့မဟုတ် U.S. နိုင်ငံသား U.S. တွင် တရားဝင် နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ အခြားသော

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN):

အကယ်၍ သင်သည် တရားဝင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံသား မဟုတ်သူဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား - "A" နံပါတ် - ပြောစာ နံပါတ် သို့မဟုတ် အခြားသောနံပါတ် -

နိုင်ငံခြား နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ် - ထုတ်ပေးသည့် နိုင်ငံ -

ဝင်ရောက်မှု နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်) စာရွက်စာတမ်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့် နေ့စွဲ - (လ/ရက်/ခုနှစ်)

လက်ရှိနှစ်အတွက် မျှော်မှန်းထားသော အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေ (တစ်ခုအား ရွေးချယ်ပါ)

- တစ်ကိုယ်ရည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အိမ်ထောင်ဦးစီ လျှောက်လွှာပေါ်တွင် မရှိသော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်မှီခိုသူ
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော မှီခိုသူကလေးငယ်ရှိသည့် မုဆိုးမ (ရုံ) ၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အခွန်များ လျှောက်ထားခြင်း မရှိသလို အခွန်မှီခိုသူလည်း မဟုတ်ပေ
- အိမ်ထောင်သည် သီးခြား အခွန်လျှောက်ထားခြင်း
- အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲ အခွန်လျှောက်ထားခြင်း -

ပင်မအခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည်- _____

အထက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြထားသည့် လက်ရှိနှစ်ကဲ့သို့ပင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန်လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ သင့်တွင် ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ မရှိလျှင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်၏ အခွန်လျှောက်ထားမှု အခြေအနေအားစာရင်းပြပေးပါ -

(ဤပေးစွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကယ်၍ သင်သည် ဤပြက္ခဒိန်နှစ်၏ 11/01 နှင့် 12/31 အကြား ဤလျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခြင်း ဖြစ်လျှင် ဤနှစ်တွင် သင် ဆောင်ရွက်ထားသကဲ့သို့ပင် နောက်လာမည့်နှစ်၌ တူညီသော အခွန် အခြေအနေအား သင် လျှောက်ထားဖို့ မျှော်လင့်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

လူမျိုး (ရွေးချယ်နိုင်သော - သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ)

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ	ဖလစ်ပိုင်	လာအို	ဗီယက်နမ်
အာရှ အိန္ဒိယ	ဥာမေးနီးယန်း	အခြားသော အာရှ ပစိဖိတ် ကျွန်းသား	လူဖြူ
လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်	ဟာဝေး	အခြား လူမျိုး	
ကမ္ဘောဒီးယား	ဂျပန်	စပိန်	
တရုတ်	ကိုရီးယား	ထိုင်း	

သင်သည် ဟစ်စပန်းနစ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပန်းနစ်ရှိ မူလ ဖြစ်ပါသလား။

ကျား	မတ္တစ်ကန်/မတ္တစ်ကန်-အမေရိကန်/ချီကာနို	စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ် မဟုတ်ပေ
အခြားသော စပန်းနစ်/ဟစ်စပန်းနစ်	ပရူတိုရီကန်	

ဤသည်အား မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ စုဆောင်းကောက်ခံရသနည်း - ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ တန်းတူညီမျှမှုအား တိုးမြှင့်ရန် နှင့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီတိုင်းအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများ ရယူနိုင်မှု တိုးမြှင့်လာစေရန် အထောက်အကူဖြစ်စေဖို့ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင် ထောက်ပံ့ပေးသော အချက်အလက်များကြောင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းပါဝင်နိုင်စွမ်းအပေါ် ကာကွယ်တားဆီးလိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။

သင်သည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အိမ်ထောင်စုဝင်များ ပိုမို ထည့်သွင်းရန် တစ်ဦးစီအတွက် တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များပါဝင်သည့် စာရွက်တစ်စုံအား ပူးတွဲပေးပါ။

9 သင့်အိမ်ထောင်စုနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း နှင့် အလက်စကာ ဒေသခံဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း နှင့် အလက်စကာ ဒေသခံများသည် အထူး Apple Health အကာအကွယ်များ၊ နှင့် Washington Healthplanfinder မှတစ်ဆင့် အထူး အကျိုးခံစားခွင့်များ တို့အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီပေမည်။ အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ မျိုးဆက်ဖြစ်သည့် သင် လျှောက်ထားပေးသော အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးစီအတွက် အောက်ပါဇယားကွက်အား ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	မျိုးနွယ် အမည်
ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ဝင်၊	
အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်	ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	မျိုးနွယ် အမည်
ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ဝင်၊	

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

မျိုးနွယ် အမည်

ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့ ၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ ၊ ဝင်၊

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

မျိုးနွယ် အမည်

ဖယ်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုသော မျိုးနွယ်၊ အဖွဲ့ ၊ Pueblo သို့မဟုတ် Rancheria အဖွဲ့ ၊ ဝင်၊

အလက်စကာ ဒေသခံ ဒေသဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ကျေးရွာ ကော်ပိုရေးရှင်း ရှယ်ယာရှင်

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

နေထိုင်မှု

Washington နေထိုင်သူဆိုသည်မှာ Washington တွင် လက်ရှိ အခြေချနေထိုင်သည်။ သို့မဟုတ် Washington တွင် အခြေချနေထိုင်ရန် ရည်ရွယ်သည့် တစ်စုံတစ်ဦးကို ဆိုလိုခြင်းဖြစ်ပြီး ဝီ၊ ဤတွင် ပုံသေလိပ်စာ မရှိသူများ၊ သို့မဟုတ် အလုပ်ကတိပြုချက်တစ်ခုဖြင့် ပြည်နယ်ထဲသို့ ဝင်ရောက်သော သို့မဟုတ် အလုပ်ရှာဖွေလျက်ရှိသောသူများလည်း အပါအဝင် ဖြစ်သည်။

တစ်စုံတစ်ဦးသည် Washington ပြည်နယ်နေထိုင်သူ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးပင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်

အကယ်၍ မလျှောက်ထားလျှင် နေထိုင်သူမဟုတ်သည် မည်သူမဆိုအားစာရင်းပြုပေးပါ -

ဆေးရွက်ကြီး အသုံးပြုမှု

ဤလျှောက်လွှာအတွင်းမှ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် လွန်ခဲ့သည့် 6 လတာအတွင်း ဆေးရွက်ကြီး ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများအား ပုံမှန် အသုံးပြုပါသလား ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ အသုံးပြုလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ -
(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

မသန်စွမ်းသည် အရွယ်ရောက်ပြီးသား အခွန် မှီခိုသူ

မသန်စွမ်းသည် အရွယ်ရောက်ပြီးသား အခွန်မှီခိုသူဆိုသည်မှာ မသန်စွမ်းမှုကြောင့် အလုပ်ခန့်အပ်မှု မရရှိနိုင်ဘဲ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု ရရှိရန် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအပေါ် မှီခိုလျက်ရှိသော တစ်ဦးတစ်ယောက်ကို ဆိုလိုသည်။

သင့်တွင် အသက် 26 နှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းအထက် မသန်စွမ်းသော မှီခိုသူ အရွယ်ရောက်ပြီးသား ကလေးတစ်ဦး ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် ၎င်းတို့၏အမည်အား ထည့်သွင်းပေးပါ -
(ဤမေးခွန်းသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်သည် သင်၏ Apple Health အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ)

အကျဉ်းထောင်နှင့် အချုပ်ခန်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

1. သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် အကျဉ်းထောင် သို့မဟုတ် အချုပ်ခန်းအတွင်း ရှိနေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်အားထည့်သွင်းပေးပါ -

2. ပြစ်ဒဏ်စီစဉ်မှုများ စောင့်ဆိုင်းနေရဆဲ ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
3. ပြန်လွတ်မည့်ရက်စွဲသည် ရက် 30 အတွင်း ဖြစ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု

အကယ်၍ သင် ယခု နေထိုင်သည့်နေရာ၌ မဲပေးရန် သင် စာရင်းသွင်းထားခြင်း မရှိလျှင် မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းဖို့ သင် လျှောက်ထားလိုပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ "ဟုတ်ကဲ့" ဟု သင် ရွေးချယ်ထားလျှင် သင့်အတွက် မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု လျှောက်လွှာဖောင်တစ်စောင်အား ထောက်ပံ့ပေးမည် ဖြစ်သည်။

မဲပေးဖို့ စာရင်းသွင်းရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်ခြင်းသည် သင့်အား ထောက်ပံ့ပေးမည့် ကူညီထောက်ပံ့မှုမဟုတ်။ သို့မဟုတ် သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။

အကယ်၍ မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှု လျှောက်လွှာအား ဖြည့်စွက်ရာတွင် သင် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Washington ၏ အခွန်အခမဲ့ မဲဆန္ဒရှင် စာရင်းသွင်းမှု ဟော့တီလိုင်း 1-800-448-4881 ၌ အကူအညီများ သင် ရယူနိုင်ပါသည်။ အကူအညီကို ရှာဖွေရန် သို့မဟုတ် လက်ခံရန်အတွက် ဆုံးဖြတ်ခြင်းသည် သင့် သဘောသာ ဖြစ်ပါသည်။ သင့်အနေနှင့် လျှောက်လွှာအား သီးသန့်ဖြည့်စွက်ကောင်း ဖြည့်စွက်နိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ မဲပေးရန် သင်၏ စာရင်းပေးပိုင်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းမသွင်း ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သင်၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးထိန်းသိမ်းခွင့်တို့အား တစ်စုံတစ်ဦးမှ အနှောင့်အယှက်ပြုနေသည် သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်နေသည်ဟု သင် ယုံကြည်လျှင် Washington State Election Division PO Box 40229, Olympia, WA 98504 သို့သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် အီးမေးလ် elections@sos.wa.gov သို့သော်လည်းကောင်း မကျေနပ်ချက် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် 1-800-448-4881 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် လျှောက်ထားသူများအတွက် လက်မှတ်

ရပ်တန့်ပါ - သင်သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင့်ဝင်ငွေအား သင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားလိုခြင်း မရှိလျှင်၊ ထို့ပြင် **Qualified Health Plan (အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် QHP)** တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းလိုလျှင် အောက်၌ လက်မှတ်ရေးထိုးကာ သင်၏ လျှောက်လွှာအား တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင့်ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှုအတွက် ကုန်ကျစရိတ် အပြည့်အဝအား သင် ပေးချေရမည်ဖြစ်ပြီး၊ လျှောက်လွှာ၏ အပိုင်း 2 အား ဖြည့်စွက်ရန် မလိုအပ်ပေ။

ကျွန်ုပ်တို့သို့ ကျွန်ုပ်တို့၏ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်း ဖတ်ရှု သို့မဟုတ် ရှင်းလင်းပြောပြပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာအား လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် သင်သည် Washington Healthplanfinder မှ သင်၏အချက်အလက်များအား အခြားသော ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီများထံ သို့မျှဝေရန် သဘောတူလက်ခံခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

လက်မှတ်

နေ့စွဲ

ဆက်လက်၍ - Washington Apple Health (Medicaid) သို့မဟုတ် သင့် အာမခံ ပရီမီယံကြေးအား လျော့ချရန် အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား သင် လျှောက်ထားလိုလျှင် ဤလျှောက်လွှာ၏ အပိုင်း 2 အား သင် ဖြည့်စွက်ပေးရမည် ဖြစ်သည်။

အပိုင်း 2

1

ကျန်းမာရေး အာမခံဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးထံ၌ Washington Apple Health (Medicaid သို့မဟုတ် CHIP) ထက်ဆိုင်လျှင် အခြားသော ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်း ရှိပါသလား။

(ဥပမာများတွင် ပုဂ္ဂလိက သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင် အာမခံ၊ တစ်ဦးချင်းစီ ကျန်းမာရေးအာမခံ၊ အကန့်အသတ်ရှိသော အကျိုးခံစားခွင့် အာမခံ၊ Medicare ၊ စစ်မှုထမ်းပေးထား၊

Peace Corps ၊ Tri-Care နှင့် အခြားသော အာမခံများ အစရှိသည်တို့ ပါဝင်သည်) ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် အောက်ပါဇယားကွက်၌ အချက်အလက်များအား ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ အကယ်၍ တစ်ဦးထက်ပိုပြီး ၎င်းတို့ထံ၌ အခြားသော အာမခံ ရှိနေလျှင် အပိုဆောင်း စာရွက်အား အသုံးပြုပါ။

အာမခံ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင် အမည် -	မူဝါဒ နံပါတ် -	အုပ်စု နံပါတ် -
မူဝါဒ ကိုင်ဆောင်ထားသူ၏/ ဝန်ထမ်း အမည် -	မူဝါဒ ကိုင်ဆောင်ထားသူ၏ မွေးနေ့:	
ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -	ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -	
ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -	ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -	
ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -	ဤအစီအစဉ်လက်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးခြင်းထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပါ -	

2

ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ

အကယ်၍ သင်သည် ကလေးတစ်ဦးအတွက် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှု မလျှောက်ထားဘူးဆိုလျှင် ဤမေးခွန်းအား ကျော်၍ နောက်အပိုင်း (မပေးချေရသေး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာ အချက်အလက်များ) သို့ သွားရောက်ပါ။

သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံသည် သင်၏ ကလေးများအတွက် အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးပေးပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟုဆိုလျှင် ကလေး၏အမည်အား ထည့်သွင်းပါ။

လွန်ခဲ့သော လေးလအတွင်း သင်သည် သင်၏ အသက် 19 နှစ်အောက် ကလေးများအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှုအား ဖြုတ်ချဖျက်ပယ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဖြုတ်ချဖျက်ပယ်၍ ၎င်းအကျုံးဝင်လွှမ်းမိုးမှု မည်သည့်အချိန်၌ အဆုံးသတ်သွားသနည်း။

3

မပေးချေရသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာ အချက်အလက်များ

လက်ရှိလမတိုင်မီ လက်ငင်း 3 လအတွင်း လက်ခံရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ မပေးချေရသေးသည့်အတွက်ကြောင့် သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် ငွေပေးချေရန် အကူအညီ လိုအပ်နေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ဟုတ်ကဲ့ဟုဆိုလျှင် ကလေး၏အမည်အား ထည့်သွင်းပါ။

နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ၏ အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

သင်၏ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေကြောင့် သင်သည် အခြားသော အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း မရှိသည့်တိုင် သင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များသည် အကန့်အသတ်ရှိသော အရေးပေါ် အခြေအနေ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

သင် လျှောက်ထားပေးသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူများနှင့်သက်ဆိုင်သော အကွက်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ။ ထို့နောက် ပေးအပ်ထားသော နေရာလွတ်တွင် ၎င်းတို့၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပေးပါ။

ဤလတွင် သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော သုံးလအတွင်း အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေကြောင့် ကုသမှုခံယူခဲ့သည် -

မည်သူနည်း - _____

ကျောက်ကပ်ဆေးမှုသို့မဟုတ် ကင်ဆာရောဂါကုသမှုအား လိုအပ်သည် - မည်သူနည်း - _____

ကိုယ်အင်္ဂါအစားထိုးခွဲစိတ်မှု ရလဒ်အနေနှင့် ဓာတ်မတည့်မှုဆန့်ကျင်ဆေးဝါးအား လိုအပ်သည် - မည်သူနည်း - _____

သူနာပြုဝေဟာ စောင့်ရှောက်မှု၊ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးရသော နေထိုင်မှု၊ သို့မဟုတ် အိမ်တွင်း စောင့်ရှောက်မှုအား လိုအပ်သည် - မည်သူနည်း - _____

ကိုယ်ဝန်ဆောင်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းမှ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ (အကယ်၍ တစ်ဦးထက်မက ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားခဲ့သည်ဆိုလျှင် ဒုတိယမျဉ်းလိုင်းအား အသုံးပြုပေးပါ။) အကယ်၍ ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် -

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

မွေးဖွားမည့်ရက် - _____

မျှော်လင့်ထားသည့် အရေအတွက် - _____

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

မွေးဖွားမည့်ရက် - _____

မျှော်လင့်ထားသည့် အရေအတွက် - _____

သင် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာပေါ်မှ မိသားစုဝင်တစ်ဦးသည် လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခဲ့ဖူးပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

(အကယ်၍ တစ်ဦးထက်မက ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားခဲ့သည်ဆိုလျှင် ဒုတိယမျဉ်းလိုင်းအား အသုံးပြုပေးပါ။) အကယ်၍ ဟုတ်သည်ဆိုလျှင်

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

ကိုယ်ဝန်အဆုံးသတ်ခဲ့သည့် နေ့စွဲ - _____

အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

ကိုယ်ဝန်အဆုံးသတ်ခဲ့သည့် နေ့စွဲ - _____

ဤအပိုင်းသည် သင့် အိမ်ထောင်စု၏ မွမ်းမံချိန်ညှိခြင်းဆိုင်ရာ သော စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (MAGI) ၏ ပမာဏအား ကူညီဆုံးဖြတ်ပေးမည် ဖြစ်သည်။ သင့်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် အစီအစဉ်အများစုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် MAGI ဝင်ငွေအား အသုံးပြုရမည် ဖြစ်သည်။ သင့် လျှောက်ထားသော မိသားစုဝင်တစ်ဦးစီတိုင်းအတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများအား ကျေးဇူးပြုပြီး သင့် တတ်နိုင်သမျှ အတိကျအမှန်ကန်ဆုံး ဖြေကြားပေးပါ။ စာရင်းပြထားသော ဝင်ငွေ အမျိုးအစားနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကိုသာလျှင် ထည့်သွင်းပါ။

သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၊ နှင့် အခြားသော အသက်မပြည့်သေးသူများ မှန်သမျှ ထို့ပြင် (အသက်မပြည့်သေးသူများ သို့မဟုတ် အခွန်မှီခိုသူများတို့သည် အခွန်များအား လျှောက်ထားရန် မလိုအပ်သော အခြေအနေမှလွှဲ၍) အသက်အရွယ်မည်မျှပင်ရှိပါစေ အခွန်မှီခိုသူများအတွက် လက်ရှိ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ အချက်အလက်များအား ထည့်သွင်းပေးရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ ဝင်ငွေအား မည်သို့ အစီရင်ခံတင်ပြရမည်ဖြစ်ကြောင်း နောက်ထပ် အချက်အလက်များအတွက် wahbexchange.org/how-to-report-income သို့ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

မှတ်ချက် - အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းများ/အလက်စကာ ဒေသခံများ (AI/AN) တို့သည် AI/AN ၏ အခွန်ကောက်ခံနိုင်သော စုစုပေါင်းဝင်ငွေအတွင်းမှ Internal Revenue Service (ပြည်တွင်း ဝင်ငွေခွန်ဝန်ဆောင်မှု) အနေနှင့် ချန်လှပ်ထားသော AI/AN ဝင်ငွေ မှန်သမျှကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် မလိုအပ်ပေ။ ထို့ပြင် AI/AN များသည် WAC 182-509-0340 တွင် ဖော်ပြထားချက်အရ Washington Apple Health (Medicaid) အတွက် အချို့သော ဝင်ငွေ အမျိုးအစားများကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် မလိုအပ်ပေ။

အလုပ်တစ်ခုမှ ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးစီထံ၌ လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရှိလျှင် အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်၊ အလုပ်ရှင်၏ အမည်၊ နှင့် ဝန်ထမ်းများမှ လုပ်ခ၊ လခ သို့မဟုတ် ဆုကြေးဝင်ငွေ အစရှိသည်တို့အားဖြင့် လက်ခံရရှိသော **လက်ရှိ** စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ ပမာဏတို့ကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ဤအပိုင်းတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေများအား ထည့်သွင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။ အကယ်၍ အနာဂတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် သင့်ဝင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0310 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ဝင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည် _____ အလုပ်ရှင်၏ အမည် _____

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____

§ - _____

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း §-ကော်ပိုရေးရှင်း)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအား ရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြပေးပါ

§ - _____

ဝန်ထမ်းများအား အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။

§ - _____

သင့် အိမ်ထောင်စုအား အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။ *

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည် _____ အလုပ်ရှင်၏ အမည် _____

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____

§ - _____

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း §-ကော်ပိုရေးရှင်း)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအား ရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပေးပါ

§ -

ဝန်ထမ်းများအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။

§ -

သင့် အိမ်ထောင်စုအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။*

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဇစ်ကုဒ်

§ -

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ပင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း ၊ ကော်ပိုရေးရှင်း)

၎င်းပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးအာမခံအား ရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရရှိသော အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအား စာရင်းပြုပေးပါ

§ -

ဝန်ထမ်းများအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။

§ -

သင့် အိမ်ထောင်စုအား အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးဖို့အတွက် ၎င်းအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းပေးသော အနည်းဆုံး လစဉ် ပရီမီယံကြေးမှာ မည်မျှနည်း။*

***သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ အခြားသူများအတွက် အလုပ်ရှင် အာမခံအား လက်ခံရန် သင် မစီစဉ်ထားသည့်တိုင် ဤသည်အား ဖော်ပြပေးပါ။ ဤမေးခွန်းများသို့ သင်၏ တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက် သည် သင်၏ Apple Health အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။**

ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ပင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူများထံမှ တစ်ဦးဦးသည် လက်ရှိတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်နေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လုပ်နေလျှင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ လက်ရှိ ခန့်မှန်းခြေ အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (စီးပွားရေးလုပ်ငန်းစရိတ်များ ကျေပြီးသည်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် အကျိုးအမြတ်များ)အား ထည့်သွင်းပေးပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအတွက် ကျေးဇူးပြုပြီး စာမျက်နှာ ii အား ကြည့်ရှုပါ။ အကယ်၍ အနာဂတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် သင့်ပင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0370 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ပင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်	ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် ၊ ကော်ပိုရေးရှင်း ပင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်	ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် ၊ ကော်ပိုရေးရှင်း ပင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်	ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ပင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် ၊ ကော်ပိုရေးရှင်း ပင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးဦးသည် လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိလျက်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ ရရှိလျှင် လုပ်သက်အနားယူမှု၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ရှင်သန်ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့်များတို့အတွက် လူမှုဖူလုံရေး စီမံအုပ်ချုပ်မှုမှ လက်ခံရရှိသော ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ဖြည့်စွက် လူမှုဖူလုံရေး (SSI) ဝင်ငွေကို အစီရင်ခံတင်ပြခြင်း မပြုပါနှင့်။

လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ
လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ
လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ

ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးဦးသည် ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ ရရှိလျှင် အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်း ပိုင်ဆိုင်မှုအား ငှားရမ်းခြင်းမှ လက်ခံရရှိသော လစဉ် ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအပြီးနောက် အသားတင် ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။

ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ

သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၊ နှင့် အခြားသော အသက်မပြည့်သေးသူများ မှန်သမျှ ထိုပြင် (အသက်မပြည့်သေးသူများ သို့မဟုတ် အခွန်မှီခိုသူများတို့သည် အခွန်များအား လျှောက်ထားရန် မလိုအပ်သော အခြေအနေမလွဲ၍) အသက်အရွယ်မည်မျှပင်ရှိပါစေ အခွန်မှီခိုသူများတို့အတွက် လက်ရှိ စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ အချက်အလက်များအား ထည့်သွင်းပေးရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ ဝင်ငွေအား မည်သို့ အစီရင်ခံတင်ပြရမည်ဖြစ်ကြောင်း နောက်ထပ် အချက်အလက်များအတွက် wahbexchange.org/how-to-report-income သို့ပင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

မှတ်ချက် - အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းများ/အလက်စကာ ဒေသခံများ (AI/AN) တို့သည် AI/AN ၏ အခွန်ကောက်ခံနိုင်သော စုစုပေါင်းဝင်ငွေအတွင်းမှ Internal Revenue Service (ပြည်တွင်း ဝင်ငွေခွန်ဝန်ဆောင်မှု) အနေနှင့် ချန်လှပ်ထားသော AI/AN ဝင်ငွေ မှန်သမျှကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် မလိုအပ်ပေ။ ထို့ပြင် AI/AN များသည် WAC 182-509-0340 တွင် ဖော်ပြထားချက်အရ Washington Apple Health (Medicaid) အတွက် အချို့သော ဝင်ငွေ အမျိုးအစားများကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် မလိုအပ်ပေ။

အလုပ်တစ်စုမှ ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးဦးထံ၌ လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ ရှိလျှင် အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်၊ အလုပ်ရှင်၏ အမည်၊ နှင့် ဝန်ထမ်းများမှ လုပ်ခ၊ လခ သို့မဟုတ် ဆုကြေးဝင်ငွေ အစရှိသည်တို့အားဖြင့် လက်ခံရရှိသော လက်ရှိ စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေပမာဏတို့ကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ဤအပိုင်းတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေများအား ထည့်သွင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။ အကယ်၍ အနာဂါတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် သင့်ဝင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0310 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ဝင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	အလုပ်ရှင်၏ အမည်
အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ	မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ဇစ်ကုန်

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း၊ ကော်ပိုရေးရှင်း)

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဇစ်ကုန်

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း S-ကော်ပိုရေးရှင်း)

အလုပ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ အမည်

အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ

မြို့

ပြည်နယ်

ဇစ်ကုန်

စုစုပေါင်း (အခွန်ခများအား မဖယ်ထုတ်ရသေးမီ) လစဉ် ဝင်ငွေ (လုပ်ခ၊ လစာ၊ ဆုကြေး၊ ကော်ပိုရေးရှင်း S-ကော်ပိုရေးရှင်း)

ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူများထံမှ တစ်ဦးဦးသည် လက်ရှိတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်နေပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ လုပ်နေလျှင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ လက်ရှိ ခန့်မှန်းခြေ အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးလုပ်ငန်းစရိတ်များ ကျေပြီးသည့်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် အကျိုးအမြတ်များအား ထည့်သွင်းပေးပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအတွက် ကျေးဇူးပြုပြီး စာမျက်နှာ ii အား ကြည့်ရှုပါ။ အကယ်၍ အနာဂါတ်တွင် ပြောင်းလဲမှုအား ရှင်းလင်းစွာ ညွှန်ပြနေလျှင် သင့်ဝင်ငွေ၏ ပျမ်းမျှကိုသာ ဖော်ပြရန် သင် ရွေးချယ်ကောင်း ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ WAC 182-509-0370 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကိုယ်စားပြု အချိန်ကာလတစ်ခုအလျောက် ဝင်ငွေအား ပျမ်းမျှယူခြင်းအားဖြင့် လစဉ် ပမာဏအား ခန့်မှန်းပါ။

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်

ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)

အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ဝင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်

ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)

အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ဝင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိသူ၏ အမည်

ကုမ္ပဏီ၏ အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)

အသားတင် လစဉ် ဝင်ငွေ (ကော်ပိုရေးရှင်းကြေးသို့မဟုတ် S-ကော်ပိုရေးရှင်း ဝင်ငွေအား ဤတွင် မထည့်သွင်းပါနှင့်)

လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးဦးသည် လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိလျက်ရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် လုပ်သက်အနားယူမှု၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ရှင်သန်ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့်များတို့အတွက် လူမှုဖူလုံရေး စီမံအုပ်ချုပ်မှုထံမှ လက်ခံရရှိသော ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ဖြည့်စွက် လူမှုဖူလုံရေး (SSI) ဝင်ငွေကိုမူ အစီရင်ခံတင်ပြခြင်း မပြုပါနှင့်။

လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)

စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ

လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)

စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ

လူမှုဖူလုံရေးအား လက်ခံရရှိသူ၏ အမည် (SSI မဟုတ်ပေ)

စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေ

ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေ - သင် သို့မဟုတ် သင် လျှောက်ထားပေးသူ တစ်ဦးဦးသည် ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့

အကယ်၍ ရရှိလျှင် အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်း ပိုင်ဆိုင်မှုအား ငှားရမ်းခြင်းမှ လက်ခံရရှိသော လစဉ် ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။ ခွင့်ပြုထားသော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များအပြီးနောက် အသားတင် ဝင်ငွေအား ထည့်သွင်းပါ။

ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ
ငှားရမ်းခ ဝင်ငွေအား လက်ခံရရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်း အမည် (အကယ်၍ ရှိလျှင်)	အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ

7 အခြား ဝင်ငွေ

ကလေးထောက်ပံ့ကြေး သို့မဟုတ် ပင်စင်မဟုတ်သော စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ ပေးချေမှုများအား ထည့်သွင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။ သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြု၍ မည်သူမှ ၎င်းအား ရရှိကြောင်း၊ မည်မျှ ရရှိကြောင်း၊ နှင့် ကြိမ်ရည်မည်မျှ ရရှိကြောင်း ပြောပြပေးပါ။

မယားစရိတ် / အိမ်ထောင်ဖက် ထောက်ပံ့ကြေး	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
နှစ်စဉ်ထုတ်ငွေ သို့မဟုတ် ပင်စင်	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုမှ ရရှိမှုများ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အစုပေါ်အမြတ်၊ စတော့ခံများ၊ သို့မဟုတ် ရှယ်ယာများ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
လယ်ယာမွေးမြူရေး ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
နိုင်ငံခြား ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အပ်နှံမှုမှ ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အတိုး ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
IRA ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
အခြားအခွန်ကောက်ခံနိုင်သော ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____
ရထားလမ်း လုပ်သက်အနားယူမှု အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်များ	မည်သူနည်း - _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း - _____

	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
မူပိုင်ခွင့် ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
အခွန်ကောက်ခံနိုင်သော ချိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____

ဤလျှောက်လွှာအတွင်းမှ အသက် 19 နှစ်အောက် သို့မဟုတ် အခွန်မရှိသူ မိသားစုဝင်များတို့သည် ဤနှစ် ဖယ်ဒယ်ခွန်ပြန်တမ်းအား လျှောက်ထားရန်အတွက် အခြေခံ သတ်မှတ်ချက်ဖြင့် ပြည့်မီ ကိုက်ညီပါမည်လား။

အမည် _____	ဟင်အင်း	ဟုတ်ကဲ့
အမည် _____	ဟင်အင်း	ဟုတ်ကဲ့
အမည် _____	ဟင်အင်း	ဟုတ်ကဲ့

၈ နှုတ်ယူခြင်းတောက်မှုများ

သင် တင်ရှိသော အခွန်ပမာဏများအား လျော့ချရန် IRS မှ ၎င်းတို့အား အသုံးပြုသည့်အပင် အချို့သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် ဤအသုံးစရိတ်များ သည် သင့် ဝင်ငွေပမာဏအား လျော့ကျစေနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ ဖြေကြားခြင်းမပြုရန် သင် ရွေးချယ်ခဲ့လျှင် သင်သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကောင်း ပြည့်မီဆဲ ဖြစ်ပါသည်။

ပေးအပ်ရသော မယားစရိတ် / အိမ်ထောင်ဖက်ထောက်ပံ့မှုစရိတ်	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
လျော်ကြေးတောင်းဆိုနိုင်သည့် အချို့သော စီးပွားရေးလုပ်ငန်း ကုန်ကျစရိတ်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ပညာသင်ကြားပေးသူ ကုန်ကျစရိတ်များ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ကျန်းမာရေးအတွက် စုဆောင်းငွေအကောင့် ထည့်ဝင်မှုများ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
တရားဝင် စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ ရွှေ့ပြောင်းမှုအတွက် ရွှေ့ပြောင်းမှု ကုန်ကျ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
စုဆောင်းငွေ စောစီးစွာထုတ်ယူခြင်းအတွက် ပြစ်ဒဏ်ငွေ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____

	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ကြိုတင်ခွန် လုပ်သက်အနားယူမှု စာရင်းအကောင့်သို့ ထည့်ဝင်မှုများ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ကျန်းမာရေး အာမခံ	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ လုပ်သက်အနားယူမှု အစီအစဉ်	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ကိုယ်ပိုင်အလုပ် အခွန်	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____
	မည်သူနည်း- _____	\$- _____	ကြိမ်ရည် မည်မျှနည်း- _____

9 နောက်ဆက်တွဲ အချက်အလက်များ

အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်ထားသည့် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဦးသည် ဤဝန်ဆောင်မှု တစ်ခုခုအား လိုအပ်ပါသလား။

- a. သင်သည် လက်ရှိတွင် သူနာပြုစောင့်ရှောက်မှုဂေဟာကိုသို့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုတွင် နေထိုင်လျက်ရှိသောကြောင့် သို့မဟုတ် ၎င်းသို့ ရွှေ့ပြောင်းရန် မျှော်မှန်းထားသောကြောင့်သာ ရေရှည် စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____
 ဝန်ဆောင်ထောက်ပံ့မှု အမျိုးအစား- _____
- b. အိမ်တွင်း စောင့်ရှောက်ပေးသူ လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____
- c. ပံ့ပိုးကူညီပေးရသည့် နေထိုင်မှု (Assisted Living) စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအား လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____
- d. ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်း မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာဌာနခွဲမှ ဝန်ဆောင်မှုများအား လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____
- e. ဂေဟစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____
- f. ကျန်းမာရေးအခြေအနေ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ၎င်းသည် အလုပ်မလုပ်နိုင်သည့်အတွက်သာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လွှမ်းခြုံမှု လိုအပ်ပါသလား။ ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့
 အကယ်၍ လိုအပ်သည်ဆိုလျှင် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်(များ)၏ အမည်အား ထည့်သွင်းပါ - _____

- သင်သည် အသက် 65 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် Medicare ပေါ်တွင် ရှိသည်။
- သင်သည် အထက်ပါ a-f အတွင်း မေးခွန်း တစ်ခုခုအား ဟုတ်ကဲ့ဟု ဖြေဆိုခဲ့သည်။
- သင်သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်မှု (MN) သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း အလုပ်သမားများအတွက် Apple Health (HWD) အစီအစဉ်အား လျှောက်ထားသည်။

10 လက်မှတ်မထိုးမီ ဂရုတစိုက် ဖတ်ပါ

အခြားသော ပြည်နယ် နှင့် ဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီများသို့ အချက်အလက်များ ဖွင့်ဟမှု နှစ်စဉ် သက်တမ်းတိုးသည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကာလအတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ လွန်ခဲ့သော 5 နှစ်တာအထိ အခွန်ပြန်တမ်း အချက်အလက်များအား အီလက်ထရောနစ်နည်းလမ်းဖြင့် အတည်ပြုဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အလို့ငှာ Washington Healthplanfinder အား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား မည်သည့်အချိန်၌မဆို ကျွန်ုပ် ပြောင်းလဲနိုင်ကြောင်း သိရှိထားပါသည်။ ဤသေတ္တာကွက်အား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ နောက်ထပ် ဆောင်ရွက်ချက်များ မလိုအပ်ဘဲ အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား ကျွန်ုပ်၏ နှစ်စဉ် သက်တမ်းတိုးမှုထံ သို့ သက်ရောက်စေခွင့် ကျွန်ုပ် ပြုပါသည်။

ဟင်အင်း ဟုတ်ကဲ့ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်း ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ထံသို့ ရှင်းလင်းပြောပြပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ပြင် **အမှုသည် အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ** ခိတ္တုတစ်စောင်အားလည်း လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။

11 ထုတ်ပြန်ကြေငြာချက် နှင့် လက်မှတ်

Washington Apple Health (Medicaid) ၏ အခွင့် သို့မဟုတ် စရိတ်နည်း အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုအား လျှောက်ထားရန် သို့မဟုတ် သင်၏ အာမခံပရီမီယံကြေး လျော့နည်းစေဖို့ငှာ အခွန်ခရစ်ဒစ်များအား လျှောက်ထားရန် အောက်တွင် သင်၏ လက်မှတ်အား လိုအပ်ပါသည်။

ယခု လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပြီး၊ နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ပြစ်မှုပြစ်ဒဏ်ပေးခြင်းခံရနိုင်သည့် လက်အောက်တွင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ် သိရှိထားသမျှအတတ်နိုင်ဆုံး မှန်ကန်၊ တိကျ၍ ပြီးပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ် ထုတ်ပြန်ကြေငြာအပ်ပါသည်။

လက်မှတ်

နေ့စွဲ