



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 သို့မဟုတ် 800.890.6034 |

ဖက်စ်နံပါတ် 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ရက်စွဲ / Date- _____ အာမခံသူအမည် / Guarantor Name- _____

လူနာ အမည် / Patient Name- _____ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် ရက်စွဲ(များ) / Date(s) of Service- _____

အကောင့်နံပါတ် # / Account # _____ ဆေးမှတ်တမ်း # / Medical Record # _____

လေးစားရပါသော လူနာ နှင့်/သို့မဟုတ် အာမခံသူ ခင်ဗျာ/ရှင်-

Texas Health Resources ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာကို ပူးတွဲပေးထားကြောင်း သင် တွေ့ရှိရမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါက သင်၏ ဆေးရုံစရိတ်၊ သမားတော် သို့မဟုတ် အရေးကြီး စောင့်ရှောက်ကုသမှုခိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာ(များ) အတွက် ငွေကြေးထောက်ပံ့ပေးရန် သင့်အကောင့်ကို ကျွန်ုပ်တို့ စဉ်းစားသုံးသပ်ပေးသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤသည်မှာ သင်၏ Texas Health ဆေးရုံ၊ Texas Health Breeze အရေးကြီးစောင့်ရှောက်ကုသမှု သို့မဟုတ် Texas Health သမားတော်အဖွဲ့တို့နှင့်ပတ်သက်သော ငွေလက်ကျန်စာရင်းများအတွက်သာ ဖြစ်ပါသည်။

သင်၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုရှိသော ဆန္ဒကို ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။ သို့ဖြစ်ရာ စိစစ်အတည်ပြုရန်အတွက်မှလွဲ၍ သင်၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ထားရှိရမည့် အချက်အလက်များအဖြစ် သတ်မှတ်ယူဆမည်ဖြစ်ပါသည်။ ထိုအချက်အလက်များကို သိရှိရန်လိုအပ်သည့် အခြေအနေရှိသော Texas Health Resources လုပ်ငန်းအတွင်းတွင် မျှဝေပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

လျှောက်လွှာတွင်ပါရှိသော အချက်အလက်များကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ ရှင်းလင်းချက်များ ထည့်သွင်းရန်အတွက် နေရာအပိုလိုအပ်ပါက လျှောက်လွှာ၏ နောက်ကျောဘက်ကို အသုံးပြုပေးပါရန်။

လျှောက်လွှာကို လက်ခံဆောင်ရွက်ပေးရန်အတွက် ဝင်ငွေအထောက်အထား တင်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။ လက်ခံပေးမည့် စာရွက်စာတမ်းများကို အောက်တွင်ကြည့်ရှုပေးပါ။ တောင်းခံထားသော စာရွက်စာတမ်းများကို ပေးအပ်ရန် ပျက်ကွက်ပါက ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် စဉ်းစားသုံးသပ်ပေးခြင်းမပြုရန် ပယ်ချခံရနိုင်ပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် ဤလျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိပြီးနောက် ဖြည့်စွက်ပေးရန်နှင့် တတ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံးပြန်လည်ပေးပို့ရန် အရေးကြီးပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ရန် အခက်အခဲရှိလျှင်ဖြစ်စေ၊ မရှင်းလင်းသည့်နေရာတစ်ခုခု ရှိလျှင်ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်တို့အဖွဲ့ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပေးပါ။ သင်၏ လျှောက်ထားမှု ပြီးမြောက်ရန်အတွက် သင့်အနေဖြင့် ပူးပေါင်းပါဝင်ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်။

လိုအပ်မည့် ဝင်ငွေအထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများသည် သင်၏ ငွေရေးကြေးရေးအခြေအနေများအပေါ် မူတည်ပါသည်။

သင့်ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်ထားချက်၏ ရလဒ်ကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် အောက်ဖော်ပြပါ စာရွက်စာတမ်းအားလုံး သို့မဟုတ် အချို့ကို လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

1. အလုပ်အကိုင်အားလုံးမှ လစာဖြတ်ပိုင်းများ - လက်ရှိလုပ်ကိုင်လျက်ရှိသော အလုပ်အကိုင်တစ်ခုချင်းစီမှ လတ်တလော လစာဖြတ်ပိုင်း 3 စောင်။
2. လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် ပင်စင်လစာ ရှင်းတမ်းများ
3. ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူများအနေဖြင့် နောက်ဆုံး အခွန်စာရင်းတင်သွင်းခဲ့သည့် ပြက္ခဒိန်နှစ်မှ တစ်ဦးချင်း အခွန်ဆောင်ရန်တင်ပြသည့် ဝင်ငွေစာရင်းနှင့် ကိုယ်ပိုင် ဘဏ်ငွေစာရင်းရှင်းတမ်း အသေးစိတ် 3 လစာကို ပေးအပ်ရပါမည်။
 - a. အခွန်ဆောင်ရန်တင်ပြသည့် ဝင်ငွေစာရင်း = ဇယား 1 အပါအဝင် တစ်ဦးချင်းအလိုက် ပုံစံ 1040 နှင့် ဇယား 1 တွင် ရည်ညွှန်းထားသည့် အခြားသော ဇယားအားလုံး
4. သက်ဆိုင်သည့် အချိန်ကာလအတွင်း အလုပ်အကိုင်အားလုံးအတွက် W-2 သို့မဟုတ် 1099 ရှင်းတမ်းများ။
5. အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ - အလုပ်လက်မဲ့ စရိတ်ခံစားခွင့် ရရှိရန် ခွင့်ပြုသည့် သို့မဟုတ် ပယ်ချထားသည့် ပုံစံများ။
6. ကလေးစရိတ် ဝင်ငွေအထောက်အထား - ရှေ့နေချုပ်ထံမှ အနှစ်ချုပ်ဖော်ပြချက်ကို ပိုမိုဦးစားပေးရန်။
7. ရရှိနိုင်သော အရင်းအမြစ်များအတွက် အထောက်အထား - ကိုယ်ပိုင် ဘဏ်ငွေစာရင်း အသေးစိတ်ရှင်းတမ်းများ
8. Medicaid နှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်နယ်မှ ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကူညီပံ့ပိုးမှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း အတည်ပြုထားသည့် သို့မဟုတ် ပယ်ချထားသည့် ပုံစံများ။
9. အလုပ်ရှင်များ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေး အေဂျင်စီများထံမှ စာဖြင့်ရေးသားထားသည့် ဖော်ပြချက်များ။
10. အစားအသောက်နှင့် နေရာထိုင်ခင်း လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနေသူထံမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် ပံ့ပိုးမှုပေးအပ်ကြောင်း စာ။
11. အလုပ်သမားစရိတ် ဝင်ငွေအထောက်အထား
12. မသန်စွမ်းဝင်ငွေ ကာလတို သို့မဟုတ် ကာလရှည် မသန်စွမ်းဝင်ငွေ ရှင်းတမ်း
13. SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း အတည်ပြုထားသည့် သို့မဟုတ် ပယ်ချထားသည့် ပုံစံများ။



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 သို့မဟုတ် 800.890.6034 |

ဖက်စ်နံပါတ် 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာ - စာမျက်နှာ 1

လူနာအမည် / Patient Name: မျိုးရိုးအမည် / Last ကိုယ်ပိုင်အမည် / First အမည်အလယ်စာလုံး / MI

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် # / Social Security # မွေးသက္ကရာဇ် / DOB- ငွေစာရင်းအမှတ် # / Account #-

အိမ်ထောင်ရှိ / Married လူပျို/အပျို / Single ကွာရှင်းထား / Divorced မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ / Widowed အိမ်ထောင်ကွဲ / Separated

သင့်တွင် ဥပဒေအရ အရွယ်မရောက်သေးသူ (18 နှစ်အောက်) ကလေးများ ရှိပါသလား။ / Do you have minor children (under 18)?
၎င်းတို့သည် သင့်နှင့်အတူ နေထိုင်ပါသလား။ / Do they live with you?
၎င်းတို့သည် သင့် ကိုယ်တိုင်မွေးဖွားထားသော/တရားဝင်မွေးဖွားထားသော ကလေးများ ဖြစ်ပါသလား။ / Are they your birth/legally adopted children?
လူနာသည် အလုပ်အကိုင်ရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။ / Patient Employed?
အိမ်ထောင်ဖက်သည် အလုပ်အကိုင်ရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။ / Spouse Employed?
သင့်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအာမခံ ရှိပါသလား။ / Do you have medical insurance?
သင်သည် အဖွဲ့လိုက် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မျှဝေမှု/စရိတ်စက ပူးတွဲအကုန်အကျခံမှု အစီအစဉ်တစ်ခုတွင် ပါဝင်နေသလား။ / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?
သင်သည် မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်ပါသလား။မည်မျှကြာပြီနည်း။ / Are you on disability? How long?
သင်သည် စစ်ပြန်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ / Are you a veteran?

မိသားစုဝင်များ - (တစ်အိမ်တည်းနေထိုင်သူများ)

အိမ်ထောင်ဖက် / Spouse-
ကလေး / Child- အသက် / Age-
ကလေး / Child- အသက် / Age-
ကလေး / Child- အသက် / Age-
ကလေး / Child- အသက် / Age-

ဝင်ငွေ (လစဉ်ဝင်ငွေပမာဏ)-

Table with 4 columns: Gross, Net, Expenses, Monthly Amount. Rows include Patient, Spouse, Dependents, Public Assistance, Food Stamps, Social Security, Unemployment, Strike Benefits, Worker's Compensation, Alimony, Child Support, Military Allotments, Pensions, and Income from CD's, Rent, Dividends, Interest.

ပိုင်ဆိုင်မှုများ

စာရင်းရှင်အပ်ငွေစာရင်း / Checking Account
ငွေစုဘဏ်စာရင်း / Savings Account
CD များ၊ IRA များ / CD's, IRA's
အခြားရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ (စတော့ရှယ်ယာများ၊ ငွေတိုက်စာချုပ်များ စသည်ဖြင့်) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
အဓိကနေထိုင်သည့်နေရာ မဟုတ်သော အိမ်ခြံမြေအဆောက်အအုံ/မြေကွက်များ / Properties/Land other than primary residence



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 သို့မဟုတ် 800.890.6034 |

ဖက်စ်နံပါတ် 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာ - စာမျက်နှာ 2

အလုပ်ရှင်အမည် / Name of Employer	_____	အိမ်ထောင်ဖက်၏ အလုပ်ရှင် / Spouse's Employer-	_____
တယ်လီဖုန်း # / Telephone #	_____	တယ်လီဖုန်း # / Telephone #	_____
အလုပ်ရှင်လိပ်စာ / Employer Address	_____	အလုပ်ရှင်လိပ်စာ / Employer Address	_____
အလုပ်အကိုင် / Occupation	_____	အလုပ်အကိုင် / Occupation	_____

Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင် လက်ရှိတွင် လျှောက်ထားလျက်ရှိသလား။ / Are you currently applying for Medicaid Benefits? _____ ဟုတ်ပါသည် / Yes _____ မဟုတ်ပါ / No

သင်ကောင်တီရှိ ဆေးရုံအစီအစဉ်/မတတ်နိုင်သူများအတွက် အစီအစဉ်မှတစ်ဆင့် အထောက်အပံ့လျှောက်ထားဖူးပါသလား။ / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program? _____ ဟုတ်ပါသည် / Yes _____ မဟုတ်ပါ / No

သင်၏သမားတော်သည် ၎င်း၏ဝန်ဆောင်မှုများဖြင့် ကုသိုလ်ပြုနေပါသလား။ / Is your physician donating his/her services? _____ ဟုတ်ပါသည် / Yes _____ မဟုတ်ပါ / No

သင် မတော်တဆမှု/ထိခိုက်ဒဏ်ရာ/နာမကျန်းမှု ဖြစ်ပါက တာဝန်ရှိနိုင်သည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ရပ်ရပ် ရှိပါသလား။ / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness? _____ ရှိပါသည် / Yes _____ မရှိပါ / No

သင်၏ Texas Health ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများအတွက် ငွေပေးချေရန် တစ်စုံတစ်ဦးက သင့်ကို ကူညီနေပါသလား။ / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills? _____ ဟုတ်ပါသည် / Yes _____ မဟုတ်ပါ / No

မည်သူက ကူညီပေးနေသနည်း။ / Who is assisting you? _____

သင် ရရှိနေသော ကူညီပံ့ပိုးမှု ပမာဏမှာ မည်မျှနည်း။ / How much assistance are you receiving? _____

သင်၏ Texas Health ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများအတွက် ငွေပေးချေရာတွင် အကူအညီရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရာ၌ ကျွန်ုပ်တို့အတွက် အထောက်အကူဖြစ်စေမည်ဟု သင် ယူဆသော အခြားအချက်အလက်မှန်သမျှကို စာရင်းပြုစုဖော်ပြပါ / List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills

သင်၏ နာမကျန်းမှုကြောင့် အနားယူနေစဉ်အတွင်း လက်ခံရရှိရန် မျှော်မှန်းထားသည့် ဝင်ငွေ နှင့်/သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ငွေများ / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (နာမကျန်းခွင့်၊ လစာဖြင့် အနားယူခြင်း၊ ကာလတို/ကာလရှည် မသန်စွမ်း ဝင်ငွေ / Sick leave, paid time off, short/long term disability income) \$ _____

သင် အလုပ်မလုပ်နိုင်မည့် နှင့်/သို့မဟုတ် လုပ်ခလစာ မရရှိမည့် ခန့်မှန်းကာလ / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages- _____

Texas Health Resources ဤလျှောက်လွှာအပေါ် အက်ဖြတ်သုံးသပ်မှုနှင့် ဆက်စပ်ပြီး လျှောက်လွှာတွင်ပါရှိသော ငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို စိစစ်အတည်ပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ ထို့အပြင် ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များအတွက် ထောက်ခံချက်ပေးရန်နှင့် ချေးငွေဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ အချက်အလက်များကို တောင်းခံရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏အလုပ်ရှင်ထံသို့ ဆက်သွယ်ရန် Texas Health ကို ဤနေရာတွင် ခွင့်ပြုပါသည်။ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် ကျွန်ုပ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ဤအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် လျှောက်လွှာပါ အချက်အလက်များကို မမှန်မကန်ပြုလုပ်ပါက ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုပေးအပ်ရန် ရရှိနိုင်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အခြားရင်းမြစ်တစ်ခုခုမှ ပြန်လည်ရရှိပါက ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာ အတည်ပြုချက်မှန်သမျှကို အပြည့်အဝ သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း ပြန်ပြောင်းနိုင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်သိရှိပါသည်။

ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းက ပေးအပ်ရန်တာဝန်ယူထားသည့် ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိသော ငွေကြေးထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုမှန်သမျှကို ကျွန်ုပ် ပေးချေရန်ရှိသည့် မည်သည့်ပမာဏအတွက်မဆို ပြန်လည်ထုတ်ပေးငွေကို ဆေးရုံက အပေါင်အဖြစ် ရယူပိုင်ခွင့်အား စွန့်လွှတ်သည်ဟု အဓိပ္ပာယ်ကောက်ယူခြင်း မပြုရကြောင်းနှင့် ဤဆေးရုံတက်ကုသမှုနှင့် ဆက်စပ်ပြီး ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိသော ပြန်လည်ထုတ်ပေးငွေမှန်သမျှကို Texas Health Resources သို့ ပေးပို့ရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။

လူနာဖြစ်ပါက တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်သူ၏ လက်မှတ် / ရက်စွဲ / Date
Signature of Person Making Request, If Patient _____

လူနာမဟုတ်ပါက တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်သူ၏ လက်မှတ် / တော်စပ်ပုံ / Relationship
Signature of Person Making Request, If Not Patient _____

လူနာ၏လိပ်စာ / ပြည်နယ် / စာပို့ကုဒ် / ကောင်တီ / အိမ်ဖုန်းနံပါတ် /
Patient's Address City State ZIP County Home Telephone Number