



ခင်မင်လေးစားပါသော မိဘ/တာဝန်ခံသူ၊

ကျွန်ုပ်တို့ ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှုအစီအစဉ်အတွက် သင် အရည်အချင်းပြည့်မှီနိုင်သောကြောင့် ဤလျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့စီစဉ်ပေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။

ပူးတွဲဖော်ပြထားသောလျှောက်လွှာပုံစံသည် ဆေးရုံ၏ကျသင့်ငွေ တောင်းခံလွှာ နှင့် ၎င်း၏ဆရာဝန်များနှင့်သာလျှင် သက်ဆိုင်ပါသည်။ စာရင်းပြုစုထားသော ဆရာဝန်များ၏စာရင်းကို ကျေးဇူးပြု၍ နောက်ဆက်တွဲ A တွင် ဖော်ပြထားသော ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှု မူဝါဒ ကိုလေ့လာသုံးသပ်ကြည့်ရှုစေလိုပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာသည် သင့်တွင်ရှိထားနိုင်သည့် အခြားသော ဓါတ်ရောင်ခြည်ဖြင့်ကုသမှု၊ ခန့်အပ်ထားခြင်းမဟုတ်သည့် ဆရာဝန်များ၊ လူနာတင်ကား များကဲ့သို့သော ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာများနှင့် သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိပါ။

ကူညီထောက်ပံ့မှု အပြည့်အဝ သို့မဟုတ် အချို့အတွက် စဉ်းစားသုံးသပ်ခြင်းပြုနိုင်ရန် ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှုလျှောက်လွှာကို သင် ဖြည့်စွက် ရ ပါမည်။ တာဝန်ခံပါတီသည် အောက်ခြေပိုင်းတွင် လက်ရေးထိုးရမည် ဖြစ်ပြီး ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာကို ပြန်လည်ပေးပို့ရပါမည်။

စာရွက်စာတမ်းများကို ထောက်ခံမှုပြုသည့်အနေဖြင့် သင်၏ နောက်ဆုံးရဖယ်ဒရယ်အကောက်ခွန်ပြန်တမ်း ကို ကျွန်ုပ်တို့အား သင်ပေးပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။ အကယ်၍ အကောက်ခွန်ပြန်တမ်းကို သင် မတင်ထားခဲ့ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တဖော်ပြပါများထဲမှနှစ်ခုအား ဖော်ပြပြီး ပူးတွဲပေးပါ။

နိုင်ငံတော်ဝင်ငွေအကောက်ခွန်ပြန်တမ်း
အလုပ်သမား လစာရပြေစာ
ဝင်ငွေရင်းမြစ်များမှ ရေးသားထားသော စာရွက်စာတမ်းများ
ယခင်သုံးလမှဘဏ်ငွေစာရင်းရှင်းတမ်းများအားလုံး၏ မိတ္တူများ
W-2 အထောက်အထား
1099 အထောက်အထားများ

အကြောင်းအမျိုးမျိုးကြောင့် တောင်းခံထားသည့်အချက်အလက်များ ပံ့ပိုးပေးနိုင်ခြင်းမရှိပါက တောင်းခံ ထားသည့်အချက်အလက်များအား သင်စီစဉ်ပေးပို့ခြင်းမပြုနိုင်သည့် ထုတ်ပြန်ချက်ကို ရေးသားပြီး ကျေးဇူးပြု၍ ပူးတွဲပေးပါ။

လျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ရန်ဖြစ်စေ၊ ဖြည့်စွက်ပြီးသွားသောလျှောက်လွှာအား လူ ကိုယ်တိုင် ပြန်လည်ပေးပို့ရန် ဖြစ်စေ အကူအညီလိုအပ်ပါက အောက်ပါ လိပ်စာအတိုင်း ငွေကြေးဆိုင်ရာ အကြံပေးပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးနှင့် တွေ့ဆုံနိုင်ပါသည်။

OU Medical Center	OUMC Edmond
711 SL Young Blvd, Suite 100	1 S Bryant
Oklahoma City OK	Edmond Ok 73034

ကျွန်ုပ်တို့၏ လုပ်ငန်းစဉ်ပြန်လည်သုံးသပ်မှုပြုခြင်းအတွက် ကျေးဇူးပြု၍ အလုပ်ရက် (၃၀) ရက် အချိန်ပေးပါ ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အဆုံးအဖြတ်အကြောင်းကို သင့်အား စာဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ အသိပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဤဖောင်ပုံစံကို သင်ပြန်လည်ပေးပို့လာပါက သင်၏ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှုအစီအစဉ်ထဲတွင် ပါဝင်ကောင်းပါဝင်နိုင်သည်ကို မမေ့ပါနှင့်။

လျှောက်လွှာနှင့် လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို စာတိုက်ဖြင့် အောက်ပါသို့ ပေးပို့ပါ -
လူနာအကောင့်ဝန်ဆောင်မှုများ (Patient Account Services)
အထူးဂရုပြုရန် - သုတေသနပြုမှု နှင့် ဆက်သွယ်မှုဌာန (Research and Correspondence Dept)
10030 MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063



ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှုလျှောက်လွှာ

ဆေးရုံအမည် _____ အကောင့်နံပါတ် _____
လူနာအမည် _____ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____
တာဝန်ရှိသူပါတီ _____ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____
လိပ်စာ _____ ဖုန်းနံပါတ် _____

အိမ်ထောင်မိသားစုအတွင်းရှိ မှီခိုသူများ

(ဤတွင် အိမ်ထောင်ဖက်၊ အသက် ၁၈ နှစ်အောက်ကလေးများနှင့် သင့်အကောက်ခွန်ပြန်တမ်းပေါ်ရှိ အခြားသောအာမခံကြေးတောင်းခံသူများ ပါဝင်ပါသည်)
နာမည် _____ အသက် _____
(လူနာနှင့်ခြားနားခဲ့ပါက ပထမ၊ အလယ် နှင့် နောက်ဆုံး နာမည်စာလုံး) _____

အလုပ်အကိုင်(လူနာ/တာဝန်ခံသူ)

အလုပ်ရှင်အမည် _____ နာရီပိုင်းနှုန်းထား _____ တစ်ပတ်လျှင်အလုပ်လုပ်ခဲ့သည့် နာရီများ _____
လက်ရှိ စုစုပေါင်း အပတ်စဉ်၊ လစဉ် သို့မဟုတ် နှစ်စဉ် ဝင်ငွေ (အကောက်ခွန်များ မတိုင်မှီ) _____
အကယ်၍ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခဲ့ပါက၊ နောက်ဆုံးအလုပ်လုပ်ခဲ့သည့်နေ့စွဲ _____

အိမ်ထောင်ဖက်၏အလုပ်အကိုင်

အလုပ်ရှင်အမည် _____ နာရီပိုင်းနှုန်းထား _____ တစ်ပတ်လျှင်အလုပ်လုပ်ခဲ့သည့် နာရီများ _____
လက်ရှိ စုစုပေါင်း အပတ်စဉ်၊ လစဉ် သို့မဟုတ် နှစ်စဉ် ဝင်ငွေ (အကောက်ခွန်များ မတိုင်မှီ) _____
အကယ်၍ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခဲ့ပါက၊ နောက်ဆုံးအလုပ်လုပ်ခဲ့သည့်နေ့စွဲ _____

အခြားဝင်ငွေ

Table with 3 columns: Source, Amount, and Other Information. Rows include Social Security, VA benefits, etc.

Medicaid သို့မဟုတ် အခြားသော နိုင်ငံတော်/ကောင်တီ ၏ကူညီထောက်ပံ့မှုတစ်ခုခုကိုလျှောက်တင်ခဲ့ပါသလား။ _____
အကယ်၍ ဟုတ်သည်၊ သိရှိခဲ့သည် ဖြစ်ပါက ကော့(စ)နံပါတ် _____ လျှောက်တင်သည့်နေ့စွဲ _____

အောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှု အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း တရားဝင်ဖော်ပြပါသည်။ အကြောင်းမှာ
ပံ့ပိုးစဉ်ပေးထားသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးဆောင်ရမည့် ပေးချေမှုပမာဏများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့တာဝန်ယူသည့်အကြောင်း ဖြစ်ပါသည်။ ထို့အပြင် အထက်ပါအချက်အလက်များသည်
ကျွန်ုပ်တို့အကောင်းဆုံးသော သိရှိမှုဖြင့်အတူ စစ်မှန်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်တိကျကြောင်းကိုလည်း တရားဝင်ဖော်ပြပါသည်။ တင်ပြလိုက်သည့်အချက်အလက်များကို စိစစ်အတည်ပြုရန်လိုအပ်ကြောင်း
ကျွန်ုပ်တို့အားလည်းသိရှိပါသည်။ ပြန်လည်သုံးသပ်မှုလုပ်ငန်းစဉ်ထဲတွင် ဤလျှောက်လွှာထဲသို့ပေးထားသည့် အချက်အလက်များကို စိစစ်အတည်ပြုရန် နှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာကူညီထောက်ပံ့မှု
အတွက် ကျွန်ုပ်တို့အရည်အချင်းပြည့်မီမှုရှိမရှိအား အဆုံးအဖြတ်ပေးရာတွင် အထောက်အကူပြုစေရန် ရေစစ်တင်ပြချက်ကို လိုအပ်နိုင်ပေသည်။ အချက်အလက်အားလုံးလည်းပြုလုပ်ထားမှု သို့မဟုတ်
လိုအပ်သည့်အပိုင်းများအားလုံးကို ပြီးပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်မှုမပြုခြင်း များသည် ကျွန်ုပ်တို့အား အစီအစဉ်အတွက် စဉ်းစားသုံးသပ်မှုပြုလုပ်ရာတွင် ထိခိုက်မှုဖြစ်စေနိုင်ကြောင်း
ကျွန်ုပ်တို့အားလည်းသိရှိပါသည်။

ထိုးမြဲလက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____
စာတိုက်မှတစ်ဆင့်ပေးပို့ရန် - လူနာအကောင့်ဝန်ဆောင်မှုများ (Patient Account Services)၊ သုတေသနပြုမှု နှင့် ဆက်သွယ်မှု ဌာန (Research & Correspondence
Dept) 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063