



# လမ်းမှားစခန်း၊ အကူအညီခွင့်၊ ဘာငါရေး အကူအညီ (CAFA) ဝေလ်ကွေး

## CAFA အက်ဉ်းခံပီ

ဤဝေလ်ကွေးတၢ်တြး ဝေတာငးဆိုထားဝေသာ အခံကွေးလက်ွဲးကို လမ်းမှားစခန်း၊ အကူအညီခွင့်၊ ဘာငါရေး အကူအညီ (CAFA) အတြကု ရပီတြးဒု နှိမဉ်ကို ဆံးဝးပုဖတူတြး လိုအပ္ပညး။ CAFA သည ဝေဆးရံုမ္မ ဝနးဆာဒွဲးကို ရှိထားပီး အာမခံ လုဟွေးပုခင်းမရှိဝေသာ လုနာအတြကု ဘာငါရေး ဝေထာကိုမ္း အစီအစဉ် ပုဖတူညး။ ရပီတြးဒုမှာ လုနာ၏ အိမုဝေထာၤ ဝငးတြးကို ပုပညးဝေထာၤ ဆင်းရဲမြဲဝေထာမ၊ လမ်းညးနွဲးကွေးခွင့်၊ ဝးဝးဝးယုဉ်း အေပု မူတညး။

## CAFA ဝေလ်ကွေးရန လိုအပ္ပကွေး

CAFA အတြကု ထညးတြးဝးစွဲးစားရန ဝေအာကွဲးတုဲ လိုအပ္ပညး။

- လုနာသည အာမခံ လုဟွေးပုခင်း မရှိရ။
- လုနာသည ဝေပုမာကု ကာရီလိုငးနား သိုမဟုတု ဝေတာင ကာရီလိုငးနားတြး ဝေထိုၤပုၤ ပုဖတူမည။
- လုနာသည (Medicaid ကဲ့သို) အုဆး အာမခံ အစီအစဉ်တြး လမ်းမှားစခန်း၊ ရးဝီဝီဝီဝီ မရှိ သိုမဟုတု အုဆး အစီအစဉ်ကို ဝေလ်ကွေးရာတြး အုပညးအဝ ပူးဝေပါငး လုပုဆောဒွဲးဝေသာလညး အရညးတြး မုပညးမိည ပုဖတူမည။
- လုနာသည CAFA သံဝုဝးသပ္ပံ လုပုနးစညး အုပညးအဝ ပူးဝေပါငး ဝေဆာတြးမည။ ဝေလ်ကွေး ပုဖတူတြးကုတြး အပိုဆာဒွဲး အခံကွေးလက်ွဲးခွင့်/သို အေထာကွေးထားမီး လိုအပ္ပပါက လုနာထံ စာတိုကွေး စာတေစာဒွဲး ပေးပိုပီး မညးတြး လိုအပ္ပညး ဝးဝးဝး တဒုပုပရမညး ဝေဆာကွဲးဝးရတိုကို အသိပေးမည။ သတ္တုတြး ဝေတာငးဆိုထားဝေသာ အခံကွေးလက်ွဲး မရှိပါက လုနာသည CAFA အတြကု ရပီတြးဒု နှိမဉ်မဟုတုပေ။

## ဘာကို ဝေဖံးလုဒုရမညး ဝး။ ရပီတြးဒု သံဝုဝးသပ္ပံ လုပုနးစညး။

ရပီတြးဒုကို ဝေထရီယမု ကံနးမာဝေရး ရှိ လမ်းမှားစခန်း၊ အကူအညီ ဝနးဆာဒွဲးမား အဖြဲက ဝေလ်ကွေးတကို လက်ွဲးရရှိသညး ရတြးဒု ၄၅ ရတြးတြး ဝေဆာဒွဲးပုဖတူမုမည။ ဝငးတြး သကုဝေသံ လိုအပ္ပပါက သံဝုဝးသပ္ပံ လုပုနးစညး ၄၅ ရကု ဝေကံးတြးဝီဝီဝီဝီ ဝေတာငးဆိုထားသညး အခံကွေးလက်ွဲး လက်ွဲးရရှိမးအေပုတြး အဆံဝုဝးသတ္တု။ ရပီတြးဒု သံဝုဝးသပ္ပံ ပီးဆံဝုဝးပီးသညးဝးဝး စာတေစာတြး လုနာထံ စာတိုကွေး ပေးပိုပီး သူတိုမု အား အတညးပုပသည သိုမဟုတု ပုခင်းဆညး အသိပေးပါလိမုမည။

ဝေကံးဒုပုပရ် ဤပံးစံ၏ စာမကးဝးဝတ ၃ မကးဝးဝတ စလံဝုဝး ပုဖတူတြးကု။ ဤပံးစံကို အုပညးအစံ ပုဖတူတြးကုခင်းသည သံဝုဝးသပ္ပံ လုပုနးစ ဝေဝးဝတဒွဲးဝးဝးမးကို တားဆီးရန အေထာကွေးကု ပုဖတူမုမည။

လုနာ အခံကွေးလက်ွဲး			
လုနာအမည	လုမးဖုလံဝုဝးနံပတု	ဝေမြးသကုရာဒု	အေကာဒုနံပတု

ဝေလ်ကွေးသူ အခံကွေးလက်ွဲး				
ဝေလ်ကွေးသူ အမည	လုနာခွင့် ပတ္တကွေး	လုမး ဖုလံဝုဝးနံပတု	ဝေမြးသကုရာဒု	အိမုဝေထာဒွဲး ရး အေပုခအေန
လိဟ	စမိ၊ ပုပညးယု ဝးဝးဝး စာပိုမုတု			
အိမု ဖုနးနံပတု	လက်တြး ဖုနးနံပတု	အေရးဝေပု ဆတြးယုန အမည		အေရးဝေပုဆတြးယုန ဖုနးနံပတု
အလုပုဒု အမည	အလုပုဒု လိဟ		အလုပု ဖုနးနံပတု	

**မှတ်ချက်။** သတ္တလက္ခရရှိသော လိပ္စာပေးပို့ရန် နေထိုင်ရာနေရာကို အတိအကျ ဖော်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။

စာပို့လိမ့်မည်	စာပို့ရန် နေထိုင်ရာနေရာ
----------------	-------------------------

<b>ကုမ္ပဏီအမည် အတိအကျ</b> <input type="checkbox"/> ဘဏ္ဍာရေး ကုမ္ပဏီအမည် မရှိပါက ဤအကြောင်း အမှတ်ပေးပါ။				
ကုမ္ပဏီအမည်	မူဝါဒ ကိုယ်စားပြု အမည်	မူဝါဒနံပါတ်	အုပ်စုနံပါတ်	သက်တမ်းကုတ်
အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးသည် လွှဲပြောင်းရန် ၆၀ အကြောင်း အလုပ်ပေးရန် ချမှတ်ပါသလား။			<input type="checkbox"/> မှန်	<input type="checkbox"/> မှား
သုည COBRA ဝေငွေပေးပို့မှု အသိပေးစာ ရရှိခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> မှန်	<input type="checkbox"/> မှား
သုည COBRA လမ်းဆုံးစာပေးပို့မှု အသိပေးစာ ရရှိခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> မှန်	<input type="checkbox"/> မှား
သုည COBRA လမ်းဆုံးစာပေးပို့မှု မရရှိခဲ့ပါက ဝေငွေပေးပို့မှု တစ်ခုခု ပေးပို့ပါ။			<input type="checkbox"/> COBRA အာမခံပေးပေးခြင်းသည် <input type="checkbox"/> အာမခံ အသစ်ပေးပါ။	

ဝေငွေပေးပို့ရန် အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ စာရင်းကို အတိအကျ ဖော်ပြပါ။				
အမည်	လူမှု ဖူလုံရေး နံပါတ်	မြေသက်တမ်း	လူမှုဝင်ဆုငွေ	
၁				
၂				
၃				
၄				
၅				
၆				

**မှတ်ချက်။** ဝေငွေပေးပို့ရန် အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ စာရင်းကို ဤပုံစံ စာရင်း ၃ ခုရှိ "မှတ်ချက်" အပိုင်းတွင် ထည့်သွင်းပါ။

လစဉ် အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ		
ဝင်ငွေ အမျိုးအစား	လစဉ် အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ	လစဉ် အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ
အလုပ်ပေး ဝင်ငွေ	\$	\$
အခွန်ပေး/ပစ္စည်း/လူမှု ဖူလုံရေး အခွန်ပေးစား	\$	\$
လူမှု ဖူလုံရေး မသန့်ရှင်းမှု ဝင်ငွေ	\$	\$
အလုပ်ပေးသည့် အကြေး ဝင်ငွေ	\$	\$
ကေလး ထောက်ပံ့ပေးမှု/ အလီမိုနီ	\$	\$

အချား (အရင်းအမြစ်၊ ဤနေရာတွင် ဖော်ပြပါ )	\$	\$
--	----	----

**ထောက်ခံချက်၊ ဖော်ပြချက်**

ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့သည် ဤနေရာတွင် \_\_\_\_\_ ဝန်ထုပ် / \_\_\_\_\_ လက်ဖြင့် အလုပ်ပြုခဲ့ပါ။ အလုပ်ပြုသည့် ရလဒ်အရ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့သည် အစားအစာ၊ ခိုလှုံ့ရေးနှင့် အဝတ်စားများကို  
 \_\_\_\_\_ (လော်ကားသုံးစွဲမှုဆိုင်ရာပုံစံ = \_\_\_\_\_) ထံမှ ရရှိဖော်ပြပါသည်။  
 အတည်ပြုပါသည်။

**အသိအမှတ်ပြုချက်နှင့် လက်မှတ်**

ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့သည် ဤလက်မှတ်ဖြင့် ဖော်ပြသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်၊ တိကျ ဖြစ်ပြီး ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့သည် အကောင်းဆုံးပုံစံဖြင့် ဖော်ပြချက်များ  
 အတည်ပြုပါသည်။ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့သည် ဤနေရာမှ ဝန်ထုပ်အရောင်း၊ ဝန်ထမ်းအသိအမှတ်ပြုချက်ကို အတည်ပြုရန် မည့်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်၊ လူပုဂ္ဂိုလ်၊ သို့မဟုတ်  
 အဖွဲ့အစည်းကိုမဆို ဆက်သွယ်မှု ဝန်ထုပ် ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့သည် ဤနေရာတွင် ဝန်ထုပ်အသိအမှတ်ပြုချက် ဘာသာရေးဆိုင်ရာ မည့်သည့် အချက်အလက်၊ မဆို မည့်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်၊  
 လူပုဂ္ဂိုလ်၊ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းက မဆို ထုတ်ပေးရန် ခြင့်လျစ်ပါသည်။

လော်ကားသုံးစွဲမှုဆိုင်ရာပုံစံ ရက်စွဲ။

**ရရှိမှုအဖွဲ့အစည်း၊ လော်ကားကူညီ အဖွဲ့အစည်း၊ စာတိုက်ပို့ပါ။**

Atrium Health System Business Office (အထောက်အကူပေးမှု ဝန်ထမ်းအဖွဲ့၊ စာတိုက်ပို့ခြင်း)  
 Attention: Coverage Assistance Services (သို့မဟုတ် လမ်းညွှန်မှု၊ ပံ့ပိုးရေး ဝန်ထမ်းအဖွဲ့)  
 PO Box 32861 (စာတိုက်ပို့သော အမှတ် ၃၂၈၆၁)  
 Charlotte, NC 28232 (ချောင်းလမ်းအမှတ်၊ NC ၂၈၂၃၂)

**မှတ်ချက်**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---