

ဆေးရုံစောင့်ရှောက်မှုအာမခံပရီဂရမ် (HCAP) သို့မဟုတ် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာနှင့် လျှို့ဝှက်ချက်

Guarantor Name Smarttext
Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

အာမခံပေးသူ- Guarantor smarttext

အမှုနံပါတ်- smarttext

အမှုတွင် ပါဝင်သော လူနာများ-
- smarttext patient name(s)

လေးစားအပ်ပါသော patient name smarttext၊

သင်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူအဖြစ် RHM smarttext ကို ရွေးချယ်သည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။
ကျေးဇူးပြု၍ ပါဝင်သောလျှောက်လွှာကိုဖြည့်စွက်ပြီး သင်၏ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အကဲဖြတ်မှုကို အပြီးသတ်ရန်
အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပြန်လည်ပို့ဆောင်ပေးပါ။

သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက 800-494-5797 မှတစ်ဆင့် တနင်္လာနေ့မှသောကြာနေ့ နံနက် 9:00 မှ ညနေ 5:00 နာရီအတွင်း
ကျွန်ုပ်တို့၏ ကာစတန်မာဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ အရှေ့စံတော်ချိန်။

လေးစားစွာဖြင့်၊

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
ကိုယ်စား RHM smarttext
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

ဆေးရုံစောင့်ရှောက်မှုအာမခံပရိုဂရမ် (HCAP) သို့မဟုတ် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

ကျေးဇူးပြု၍ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်၊ လက်မှတ်ထိုးပြီး အောက်ပါမိတ္တူများအပါအဝင် 10 ရက်အတွင်း ပြန်လည်ပို့ဆောင်ပေးပါ။

လိုအပ်သော အတည်ပြုချက်များ

- လွန်ခဲ့သည့်တစ်လအတွင်း စုစုပေါင်း ဝင်ငွေအထောက်အထား လွန်ခဲ့တဲ့ သုံးလက စုစုပေါင်းဝင်ငွေရဲ့ အထောက်အထား (အိတ်ချ်စီအေပီအတွက် လျှောက်လွှာတင်မယ်ဆိုရင်)
- ဘဏ်အကောင့်အားလုံးအတွက် စာမျက်နှာအားလုံးပါဝင်သည့် ပြီးခဲ့သောနှစ်လအတွင်း ဘဏ်ငွေအဝင်အထွက်စာရင်းများ အပြည့်အစုံ (ထပ်တလဲလဲ သွင်းငွေများအတွက် ရှင်းလင်းချက်)
- လတ်တလော အခွန်ပြန်အမ်းငွေများ (ဇယား C၊ E သို့မဟုတ် F ပါရှိသော 1040 ဖောင်) သို့မဟုတ် သုံးလအမြတ်အရှုံးရှင်းတမ်းများ (ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်သူ/မှီခိုသူများအတွက်)

ဖြစ်နိုင်လျှင် အောက်ပါတို့ကို ပေးပါ

- ရာသီအလိုက် ဝင်ငွေအတွက် လတ်တလော W2
- အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်/ ငြင်းဆိုလွှာ
- ကလေးပံ့ပိုးမှု ဝင်ငွေ/စားစရိတ်
- ဝင်ငွေမရှိခြင်း - လျှောက်လွှာ၏ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုစာလွှာအပိုင်း၏ အပြည့်အစုံ

လူနာအချက်အလက်

လူနာအမည်	မွေးနေ့		
လူမှုဖူလုံရေး/ EIN နံပါတ် (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)	မိဘိုင်းဖုန်း	အခြားဖုန်း	
မေးလ်လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ပင်ကုန်
အီးမေးလ်လိပ်စာ	မည်သည့်ပြည်နယ်၏ နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလဲ?		

အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ လူပျို အိမ်ထောင်သည် ကွာရှင်းပြတ်စဲ အခြား _____

ဆေးရုံ ဝန်ဆောင်မှု ရက်စွဲ (များ) - မှ _____ ၁၅ ။ _____

ဖယ်ဒရယ် အခွန်ငွေကို သင်တင်ပြပါသလား။
 ဟုတ် မဟုတ် မဟုတ်ပါက၊ ဘာကြောင့်ပါလဲ။

အခြားသူတစ်ဦး၏ အခွန်အပေါ် မှီခိုကြောင်း တောင်းဆိုခံရနိုင်ပါသလား။
 ဟုတ် မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင့်မှီခိုသူများ ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျုံးဝင်မှု ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
 (အာမခံကတ် မိတ္တူအား ပေးပါ)

သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသော နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် မဖြေဆိုလိုပါ

မကြာသေးမီက သင့်အခွန်ငွေများအပေါ်အခြေခံ၍ ကိုယ့်ကိုယ်ကိုယ်အပါအဝင် အိမ်ထောင်စုဝင်များ	မွေးနေ့	လူနာနှင့်ဆက်ဆံရေး	ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုမတိုင်ခင် ၃ လကြာ ဝင်ငွေ	Income for 12 ဆေးရုံလုပ်ငန်းမတိုင်မှီ လများ	အခွန်ကောက်ခံခြင်းအပေါ်အခိုင်အမာဆိုခြင်း (Y/N)
(လနာ)		ကိုယ်ကိုယ်ကိုယ်			

ဆေးရုံစောင့်ရှောက်မှုအာမခံပရိုဂရမ် (HCAP) သို့မဟုတ် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် ဝင်ငွေအတည်ပြုခြင်း

လစဉ်ဝင်ငွေလမ်းကြောင်း	၎င်းကို မည်သူက လက်ခံရရှိပါသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်ခင်)	လစဉ်ဝင်ငွေလမ်းကြောင်း	၎င်းကို မည်သူက လက်ခံရရှိပါသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်ခင်)
လုပ်အားခ			အလုပ်သမားလျှော်ကြေး		
လူမှုလုံခြုံရေး/မသန်စွမ်းမှု			အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း		
ပင်စင်			ကလေးပံ့ပိုးမှု		
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း			မြေငှားဝင်ငွေ		
ပြည်သူ့အထောက်အပံ့			အခြား		

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုစာလွှာ - ထောက်ပံ့မှုပေးမည့်သူသာ ဖြည့်စွက်ရပါမည်

- ကျွန်ုပ်သည် လူနာ၏ နေထိုင်မှုစရိတ်များအတွက် 50% ကျော် ပံ့ပိုးပေးသော်လည်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များကို ကျွန်ုပ် မတတ်နိုင်ပါ။
- ဤစာကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် အထက်ဖော်ပြပါ ထုတ်ပြန်ချက်သည် မှန်ကန်ကြောင်းနှင့် လူနာ၏ ကုန်ကျငွေများအတွက် မည်သို့မျှ တာဝန်ရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ မေးခွန်းများရှိပါက _____ (ဖုန်းနံပါတ်)သို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ထောက်ပံ့မှုပေးနေသူ အမည်	လူနာနှင့် ဆက်သွယ်မှု
ထောက်ပံ့မှုပေးနေသူ၏ လက်မှတ်	နေ့စွဲ

ဝင်ငွေနှင့် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို စိစစ်ခြင်း

ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်သွင်းထားသောအချက်အလက်များသည် အတတ်နိုင်ဆုံး မှန်ကန်ပြီး ပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ်အာမခံပါသည်။ ပေးထားသော အချက်အလက်သည် စိစစ်ခြင်းခံရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များသည် မှားယွင်းနေပါက Trinity Health မှ ပံ့ပိုးပေးထားသည့် မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်မဆို ပြန်ဆပ်ရန် ကျွန်ုပ်တာဝန်ယူပါမည်။

လူနာ၏ လက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____

သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် (ဖြစ်နိုင်လျှင်) _____ နေ့စွဲ _____

လူနာနှင့် ဆက်သွယ်မှု _____ နေ့စွဲ _____

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်လျှောက်လွှာကို အထက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ။ 312-871-3350 သို့ ဖက်စ်ပေးပို့ပြီး/သို့မဟုတ် MyChart (Patient Portal) -<https://mychart.trinity-health.org/MyChart> မှတစ်ဆင့် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပေးပါ။ သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက 800-494-5797 မှတစ်ဆင့် တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့ နံနက် 9:00 မှ ညနေ 5:00 နာရီအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ ကာစတန်မာဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ အရှေ့စံတော်ချိန်။