



လုပ်ငန်းရုံးခန်း/လူနာ အကောင့်များ

Wynn Hospital
111 Hospital Drive, Utica, NY 13502

ဖုန်းနံပါတ် 315-801-3108 ဖက်စ်နံပါတ် 315-801-8746

NYS ယူနိုဖောင်းအရောင်အလိုက် ဆေးရုံ ဘဏ္ဍာရေးအထောက်အပံ့ဆိုင်ရာ လျှောက်လွှာ

အကယ်၍ သင့်ထံတွင်အာမခံမရှိပါက အာမခံငွေ ကုန်ခမ်းသွားပါက သို့မဟုတ် သင့်ထံတွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း ငွေပေးချေရသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်စုစုပေါင်းက သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက် ကျော်လွန်ကြောင်း သက်သေရှိပါက သင်၏ ငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးချေရန်အတွက် ဆေးရုံမှ ဘဏ္ဍာရေး အထောက်အပံ့ရရှိရန် အကျိုးဝင်နိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်းပုံစံကို ဖြည့်စွက်ခြင်းက ဆေးရုံ၏ ဘဏ္ဍာရေးထောက်ပံ့မှု ရရှိရန် သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို စတင်ပါလိမ့်မည်။ ဤပုံစံကို New York ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံအားလုံးက အသုံးပြုကြသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဆေးရုံမှ ဝန်ဆောင်ပေးသော လူနာများ ပြောဆိုသည့် အဓိက ဘာသာစကား¹ မျိုးဖြင့် ပုံနှိပ်ရမည်။

လူနာအမည် (သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ)

လူနာအမည် (ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)	
မွေးနေ့ရက်စွဲ (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်)	
လိပ်စာ	တိုက်ခန်း/ယူနစ် နံပါတ်
မြို့တော်	ပြည်နယ် စစ်ကုဒ်
ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ဥပဒေနှင့်လျော်ညီသည့် ကိုယ်စားလှယ်အမည် (အကယ်၍ လူနာ သည် အရွယ်မရောက်သေးသော ကလေးတစ်ဦးဖြစ်ပါက သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက်ပြီးသူတစ်ဦး ဖြစ်ပါက)	
အီးမေးလ် လိပ်စာ (ရှိပါက)	

မိသားစု အချက်အလက် -

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ မိသားစုဝင်အားလုံးကို အောက်တွင် စာရင်းပြုစုပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အိမ်တွင်အတူနေထိုင်ဖက်နှင့် ကလေးများ သို့မဟုတ် အခြားမှီခိုသူများ ပါဝင်သည်။ ဥပမာအားဖြင့် ၎င်းတွင် အခွန်ပြန်အမ်းငွေ အတူတူပေါ်၌ စာရင်းဖော်ပြထားသူအားလုံး အကျုံးဝင်နိုင်ပါသည်။

အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ ဆိုသည်မှာ အခွန် မဖြတ်မီ သင့်ဝင်ငွေကို ဆိုလိုပါသည်။

အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေတွင် အလုပ်လုပ်၍ ရှာဖွေထားသော ဝင်ငွေများ (လုပ်အားခ၊ လစာများ၊ အပိုဆုငွေများ၊ မိမိကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ ရှာဖွေထားသော ဝင်ငွေများ)၊ ရှာဖွေစရာမလိုဘဲရသည့် ဝင်ငွေ (လူမှုဖူလုံရေး၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ)၊ ပါဝင်ထည့်သွင်းမှုများ (မိသားစု သို့မဟုတ် သူငယ်ချင်းများထံမှ ထောက်ပံ့ငွေများ) နှင့် အခြား ဝင်ငွေရင်းမြစ်များ (ယာယီအထောက်အပံ့နှင့် ဖြည့်စွက် ဖူလုံရေးဝင်ငွေ) တို့ဖြစ်သည်။

အမည် အပြည့်အစုံ	တော်စပ်ပုံ ကိုယ်တိုင်	အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ စုစုပေါင်း (လက်ရှိ)

¹ "အဓိကဘာသာစကားများ" 1 ခုတွင် တစ်နှစ်လျှင်အနည်းဆုံးလူနာလာရောက်ပြသမှု 5% တွင် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် အသုံးပြုသည့် ဘာသာစကား သို့မဟုတ်ပင်မ ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှု ဧရိယာ၏ လူဦးရေမှ 1% ကျော် ပြောဆိုသည့် ဘာသာစကားများ ပါဝင်ကာ ရရှိနိုင်သော လူဦးရေစာရင်း အချက်အလက်များကို အသုံးပြု တွက်ချက်ထားပြီး ၎င်းစာရင်းကို အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု သန်းခေါင်စာရင်းရုံး (United States Bureau of the Census) မှ ရရှိ၍ကျောင်းစနစ်များမှ ဒေတာဖြင့် အားပြုဖြည့်စွက်ထားပါသည်။

ဝင်ငွေသက်သေအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများ တင်သွင်းပေးရန် ဆေးရုံမှ သင့်အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းပုံစံ နမူနာများတွင် သက်ဆိုင်ပါက ငွေပေးဖြတ်ပိုင်းတစ်စောင်၊ သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာတစ်စောင် သို့မဟုတ် ဖောင်ပုံစံ 1040 ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ အခြေအနေ

သင့်ထံတွင် သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှတစ်ဆင့် ရရှိသော သို့မဟုတ် သင့်ဖာသာ ဝယ်ယူထားသော Medicaid၊ Medicare သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိကအာမခံ အပါအဝင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ပုံစံတစ်မျိုးမျိုး ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

"မဟုတ်" ဟု သင် ဖြေဆိုပါက အဆိုပါ ပရိုဂရမ်များထဲမှ တစ်ခုခုအတွက် လျှောက်လွှာတင်ရာတွင် အကူအညီလိုချင်ပါသလား။

ဟုတ် မဟုတ်

အာမခံထားရှိမှု လျော့နည်းသော လူနာများ - အာမခံရှိပြီး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ် မြင့်မားသူများ။ အကယ်၍သင့်ထံတွင် အာမခံရှိပါက လွန်ခဲ့သော

12 လအတွင်း သင်ပေးခဲ့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ခန့်မှန်းပေးပါ။

\$

ငွေပေးချေထားသည့် ဆေးဝါးအသုံးစရိတ်များအတွက် အထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းတင်များ တင်သွင်းရန် ဆေးရုံမှ သင့်အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

လူနာ/တာဝန်ရှိ အဖွဲ့အစည်း - လူနာမဟုတ်ပါက ဖောင်ကို လက်မှတ်ထိုးသူများ၏ အမည်နှင့် လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ထိုးရန် ၎င်းတို့၏ အခွင့်အာဏာကို စာရင်းပြုစုပေးပါ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်)။

ကျွန်ုပ် တင်သွင်းသည့် အချက်အလက်များကို ပြင်ပရင်းမြစ်များထံမှ အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိသလောက် အကောင်းဆုံးဗဟုသုတဖြင့် ဖြည့်စွက်ထားကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။

အမည်အပြည့်အစုံ	ရက်စွဲ
လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ	
လက်မှတ်	