



ဇီဝဖြစ်စဉ်ချို့ယွင်းကလေးများ၏ အားဖြည့်ဖော်မြူလာစရိတ်များအတွက် ငွေရေးကြေးရေး အထောက်အပံ့

ပြည်နယ်ဖောင်ပုံစံ 57496 (9-24)

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန

မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်း အစီအစဉ်

ဇီဝဖြစ်စဉ်ချို့ယွင်းကလေးများ၏ အားဖြည့်ဖော်မြူလာစရိတ်များသည် Medicaid နှင့် ကလေးများအထူးကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ (Children Special Healthcare Services (CSHCS)) တွင် အကျုံးဝင်ပါသည်။ မိသားစု ကျန်းမာရေးအာမခံ၊ Medicaid၊ CSHCS၊ သို့မဟုတ် အခြားတတိယအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူများတွင် အကျုံးဝင်ခြင်းမရှိသော ဇီဝဖြစ်စဉ်ချို့ယွင်းကလေးများ၏ အားဖြည့်ဖော်မြူလာစရိတ်များကို မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်း အစီအစဉ်(GNBS) မှ ပေးချေမည်ဖြစ်ပါသည်။ မိသားစုများသည် GNBS ၏ အထောက်အပံ့ကို မလျှောက်ထားမီ Medicaid နှင့် CSHCS သို့ ဦးစွာလျှောက်ထားရန် တာဝန်ရှိပါသည်။ အထောက်အပံ့အတွက် အကျုံးဝင်သော မိသားစုများသည် GNBS ၏ အထောက်အပံ့ရယူပြီးနောက် ကျန်ရှိသောကုန်ကျစရိတ်များကို ဝင်ငွေ၊ အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားနှင့် ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်အပေါ် အခြေခံ၍ ပေးဆောင်ရမည်။

Medicaid နှင့် CSHCS တို့အတွက် အကျုံးဝင်နိုင်မှုသည် ဝင်ငွေ၊ အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားနှင့် ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်အပေါ် အခြေခံပါသည်။ မိသားစုများသည် Medicaid သို့ လျှောက်ထားရမည်ဖြစ်ပြီး လျှောက်ထားကြောင်း အထောက်အထားကို CSHCS လျှောက်ထားရာတွင် ပြသရမည်ဖြစ်ပါသည်။ CSHCS လျှောက်လွှာ (ပြည်နယ်ပုံစံ 49006) ကို <https://www.in.gov/isdh/23685.htm> တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ Medicaid အကျုံးဝင်မှုနှင့် ပတ်သက်၍ ပိုမိုသိရှိလိုပါက MCH MOMS ကို ဆက်သွယ်၍ စုံစမ်းနိုင်ပါသည်။ ဆက်သွယ်ရန် - 1-844-MCH-MOMS (1-844-624-6667)

လူနာ/မိဘ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်များ

လူနာအမည်-	လူနာ၏ မွေးသက္ကရာဇ် (လ၊ရက်၊နှစ်) -	
လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်နှင့်လမ်းအမည်)-		
မြို့-	ပြည်နယ်-	ဇစ်ကုဒ်-
လူနာ၏ ရောဂါမှတ်တမ်း/ဇီဝဖြစ်စဉ်ဆေးခန်းတွင် ကုသနေရသည့်အကြောင်းရင်း -		
မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ(များ)၏ အမည်-		ဖုန်းနံပါတ်-
လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်နှင့်လမ်းအမည်) (အထက်တွင်ဖော်ပြထားသောလိပ်စာနှင့်မတူပါ)-		
မြို့-	ပြည်နယ်-	ဇစ်ကုဒ်-

အိမ်ထောင်စုအချက်အလက်များ

ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ရှိမိသားစုဝင်များအားလုံး၏ ပထမအမည်၊ မျိုးရိုးအမည်နှင့် လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံများကို အောက်ပါကွက်လပ်တွင် ဖြည့်ပါ။ လျှောက်လွှာဖြည့်ရတွင် နေရာလုံလောက်မှုမရှိပါက ဤစာမျက်နှာအနောက်ရှိ ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကွက်လပ်ကို အသုံးပြုပါ။

အမည်အပြည့်အစုံ (ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်)	တော်စပ်ပုံ	အမည်အပြည့်အစုံ (ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်)	တော်စပ်ပုံ
၁.		၆.	
၂.		၇.	
၃.		၈.	
၄.		၉.	
၅.		၁၀.	
<p>အနီးစပ်ဆုံး အခွန်နှစ်အတွက် ချိန်ညှိထားသော စုစုပေါင်းဝင်ငွေ- \$ သင်၏ချိန်ညှိထားသောစုစုပေါင်းဝင်ငွေကို သင်၏ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေနှုန်းပုံစံ 1040 ၏ ပထမစာမျက်နှာတွင် တွေ့နိုင်ပါသည်။</p>			

အာမခံနှင့် အခြာငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာ အထောက်ပံ့များနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များ

Medicaid အကျိုးဝင်မှု- <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသေချာပါ	Medicaid လက်ခံရရှိသူ/ငွေတောင်းခံလွှာနံပါတ်-	စတင်သည့်ရက်စွဲ -	ပြီးဆုံးသည့်ရက်စွဲ-
ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးဝင်မှု- <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်နှင့် မူဝါဒအမှတ်-	စတင်သည့်ရက်စွဲ -	ပြီးဆုံးသည့်ရက်စွဲ-
ပြီးခဲ့သည့်နှစ်မှ အာမခံအတိုင်း- <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	အာမခံမှ အတည်ပြုထားသော အထွေထွေ ဇီဝဖြစ်စဉ်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု- <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသေချာပါ	ဇီဝဖြစ်စဉ်ချို့ယွင်းကလေးများ၏ အားဖြည့်ဖော်မြူလာစရိတ်များ အတွက် အကျိုးဝင်မှု- <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသေချာပါ	
လျှော့ချနိုင်သောပမာဏ-	ယခုနှစ်အတွက် လျှော့ချနိုင်သောပမာဏ နှုတ်ယူပြီးပါက ဇီဝဖြစ်စဉ်ချို့ယွင်းကလေးများ၏ အားဖြည့်ဖော်မြူလာစရိတ်များအတွက် ရာခိုင်နှုန်းမည်မျှ ပေးဆောင်ရမည်နည်း။		
ကလေးများ၏ အထူးကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လျှောက်လွှာကို အတည်ပြုခဲ့သည်- <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသေချာပါ	အတည်ပြု/ငြင်းပယ်သည့်ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)-		

ဤအချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်-	ရက်စွဲ (လ၊ရက်၊နှစ်)-
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်-	

ထပ်ဆောင်းအခက်အလက်များ