



ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီလျှောက်ထားခြင်း

ဖုန်း - 417-269-0523 Springfield သို့မဟုတ် 417-348-8930 Branson သို့မဟုတ် 417-354-1118 Monett

အီးမေးလ် - [အသိအမှတ်ပြုခြင်း - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com)

အရေးကြီးသည် - သင်သည် ဈေးလျှော့ထားသည့်စောင့်ရှောက်မှုကို လက်ခံရယူရန် အကျိုးဝင်နိုင်ပါသည်။ ဤ ဈေးလျှော့ထားခြင်းကို ပြီးမြောက်အောင်လုပ်ဆောင်ခြင်းသည် သင်သည်ဈေးလျှော့ထားသည့်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံနိုင်ခြင်း ရှိ မရှိ သို့ သို့မဟုတ် သင်သည် သင်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေရာတွင် ကူညီပေးနိုင်သည့် အခြားသောအများပြည်သူဆိုင်ရာပရိုဂရမ်များအတွက် အကျိုးဝင်ခြင်း ရှိ မရှိ အား CoxHealth မှ ဆုံးဖြတ်ရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။

သင်သည် အာမခံနှင့်အကျိုးမဝင်ပါက ဈေးလျှော့ထားသည့်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို လိုအပ်မည်မဟုတ်ပါ။ သို့ရာတွင် Medicaid အပါအဝင် အခြားသောအများပြည်သူဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ်များအတွက် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို လိုအပ်ပါသည်။ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို တင်ပြခြင်းမှာ မလိုအပ်သော်လည်း သင်သည် အများပြည်သူဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ်တစ်ခုတစ်ရာအတွက် အကျိုးဝင်ခြင်း ရှိ မရှိအား ဆေးရုံမှဆုံးဖြတ်ရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဤဖောင်ကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ကာ ဆေးရုံထံ လူကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် မေးလ်သို့ တင်ပြပေးပါ -

CoxHealth  
 လိပ်စာရန် - ငွေကြေးဆိုင်ရာအတိုင်ပင်ခံများ  
 1423 N. Jefferson Ave.  
 Springfield, MO 65802  
 ဖုန်း 417-269-0518

Cox Medical Center Branson  
 လိပ်စာရန် - ငွေကြေးဆိုင်ရာအတိုင်ပင်ခံများ  
 P O Box 650  
 Branson, MO 65615  
 ဖုန်း 417-335-7071

Cox Monett **ဆေးရုံ**  
 လိပ်စာရန် - ငွေကြေးဆိုင်ရာအတိုင်ပင်ခံများ  
 801 N. Lincoln Ave.  
 Monett, MO 65708  
 ဖုန်း 417-354-1185

သို့မဟုတ် အီလက်ထရွန်းနစ်မေးလ် [Admissions - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:Admissions - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com) ထံ မေးလ်ပို့ပေးပါ။ ကနဦးငွေတောင်းခံသည့်နေ့စွဲ၏ ဖော်ပြပါ ရက်ပေါင်း 240

အတွင်း ဈေးလျှော့ထားသည့်စောင့်ရှောက်မှုကို လျှောက်ထားရန်။  
 လူနာသည် သူ သို့မဟုတ် သူမအနေဖြင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် အကျိုးဝင်ခြင်း ရှိ မရှိကို ဆေးရုံမှ ဆုံးဖြတ်ရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေရန်အတွက် လျှောက်ထားခြင်းတွင် တောင်းဆိုထားသည့်သတင်းအချက်အလက်အားလုံးကို တင်ပြခြင်းသည် ကောင်းမွန်မှန်ကန်ယုံကြည်ရသည့် လုပ်ဆောင်ချက်ကို လုပ်ဆောင်ခဲ့ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

လူနာသတင်းအချက်အလက်	
လူနာအမည်	မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ
	လူနာ၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (ရွေးချယ်နိုင်ပြီး လိုအပ်ခြင်းမရှိပါ)
လူနာ	ငွေပေးချေမှုအတွက် တာဝန်ရှိသူ
ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် Missouri ၌နေထိုင်သူ ဟုတ် မဟုတ်။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____	အမည်
လမ်း	လမ်း
မြို့၊ ပြည်နယ် ဇစ်	မြို့၊ ပြည်နယ် ဇစ်
ဖုန်း - ( )	ဖုန်း - ( )
အီးမေးလ် -	အီးမေးလ် -
အလုပ်ခန့်အပ်မှုသတင်းအချက်အလက်	
လူနာ၏အလုပ်ရှင်	အိမ်ထောင်ဖက်/ ကြင်ယာဖက်၏/ အုပ်ထိန်းသူ၏ အလုပ်ရှင်
လမ်း	လမ်း
မြို့၊ ပြည်နယ် ဇစ်	မြို့၊ ပြည်နယ် ဇစ်
ဖုန်း - ( )	ဖုန်း - ( )

အခြားသတင်းအချက်အလက်

1. လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုများလိုအပ်နိုင်သည့် မေမတော်တဆမှုတွင် ပါဝင်ခဲ့ပါသလား။	ဟုတ် _____ မဟုတ် _____
2. လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုများလိုအပ်နိုင်သည့် ရာဇဝတ်မှု၏သားကောင် ဖြစ်ခဲ့ရပါသလား။	ဟုတ် _____ မဟုတ် _____
3. လူနာ၏မိသားစု နှင့်/သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုရှိ လူအရေအတွက်။	
4. လူနာ၏ မှီခိုသူများ* အရေအတွက်။	
5. လူနာ၏ မှီခိုသူများ* ၏ အသက်မှာ မည်မျှဖြစ်ပါသနည်း။	
6. ဝန်ဆောင်မှု ရယူချိန် သို့မဟုတ် ရယူပြီးနောက် လူနာသည် ကွာရှင်းခြင်း သို့မဟုတ် ခွဲနေခြင်း သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ရေး ပြိုကွဲရန် လှလုပ်ဆောင်ခြင်းတွင် ပါဝင်နေခြင်းမျိုး ဖြစ်ခဲ့/ဖြစ်နေ ပါသလား။	ဟုတ် _____ မဟုတ် _____
7. ဝန်ဆောင်မှု ရယူချိန် သို့မဟုတ် ရယူပြီးနောက် လူနာသည် ကွာရှင်းခြင်း သို့မဟုတ် ခွဲနေခြင်း သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ရေး ပြိုကွဲရန် လှလုပ်ဆောင်ခြင်းတွင် ပါဝင်နေသည့် မိဘများ၏ မှီခိုသူ ဖြစ်ခဲ့/ဖြစ်နေ ပါသလား။	ဟုတ် _____ မဟုတ် _____
<p>8. မေးခွန်း 6 သို့မဟုတ် 7 မှာ ဟုတ်မှန်ခဲ့ပါက ကွာရှင်းမှု သို့မဟုတ် ခွဲနေရန်သဘောတူညီချက် သို့မဟုတ် အမိန့်အရ လူနာ၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တာဝန်ရှိသူမှာ မည်သူဖြစ်ပါသနည်း။</p> <p>အမည် - _____ တော်စပ်ပုံ - _____</p> <p>လိပ်စာ - _____ မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ဇစ် - _____</p> <p>ဖုန်း - ( _____ ) _____</p> <p>*မှီခိုသူဆိုသည်မှာ အခြားသူ၏ ဖက်ဒရယ်အခွန်အခပြန်ပေးမှုတွင် မှီခိုသူအဖြစ် စာရင်းသွင်းထားသည့် လူနည်းစု သို့မဟုတ် မည်သူမဆိုကို ဆိုလိုခြင်းဖြစ်ပါသည်။</p>	

ဝန်ဆောင်မှုရယူခြင်းနှင့်ဆက်စပ်နေသည့် အောက်ပါအပိုင်းတွင် အာမခံအကျုံးဝင်မှုများအားလုံးကို စာရင်းပြုစုပါ

အာမခံအမျိုးအစား	အာမခံအမည်	မူဝါဒနံပါတ်	အဖွဲ့နံပါတ်
ကျန်းမာရေးအာမခံ			
Medicare			
Medicare ဖြည့်စွက်ချက်			
Medical			
စစ်မှုထမ်းဟောင်းအကျိုးခံစားခွင့်များ			

လစဉ်ဝင်ငွေနှင့် ကုန်ကျစရိတ်များ

ဖော်ပြပါစာရွက်စာတမ်းများကို ဝင်ငွေ၏သက်သေအဖြစ် ပူးတွဲပေးပါ -

ခ။ လတ်တလော W-2 ဖောင်နှင့် 1099 ဖောင်များ

ဃ။ ငွေသားဖြင့်ပေးပြီး - အခွန်ပြန်ပေးမှု သို့မဟုတ် W-2 မရှိပါက အလုပ်ရှင်ထံမှ

က။ လတ်တလောဖက်ဒရယ်အခွန်ပြန်ပေးမှု

ဂ။ လတ်တလော လခပေးသည့်စာရွက် နှစ် (2) ရွက် ဝင်ငွေကို မှန် မှန်စစ်ဆေးထားသည့် ရေးသားဖော်ပြချက်

င။ တင်ပြထားခြင်းမရှိသည့်သက်သေ (IRS ဖောင် 4506)

**	လူနာ	အိမ်ထောင်ဖက်/ ကြင်ယာဖက်	မိဘများ/ အုပ်ထိန်းသူ
လစဉ် အသားတင်လုပ်အားခများ			
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဝင်ငွေ			
လူမှုဖူလုံရေး			
လူမှုဖူလုံရေး မသန်စွမ်းမှု			
ပုဂ္ဂလိက မသန်စွမ်းမှု			
စစ်မှုထမ်းဟောင်း မသန်စွမ်းမှု			
စစ်မှုထမ်းဟောင်း အငြိမ်းစားလစာ			
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်မှု			
အလုပ်သမား၏လျော်ကြေး			
အငြိမ်းစားဝင်ငွေ			
ကလေးထောက်ပံ့မှု			
မယားစရိတ် သို့မဟုတ် အခြားသော အိမ်ထောင်ဖက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှု			
လိုအပ်နေမှုအတွက် ယာယီအကူအညီ မိသားစုများ (TANF)			
အခြား၊ စာရင်း			

ကုန်ကျစရိတ်များ	လစဉ်ကုန်ကျစရိတ်
အိုးအိမ်အဆောက်အဦ	
သုံးစွဲမှုများ (တယ်လီဖုန်း၊ ဂတ်စ်၊ လျှပ်စစ်၊ ရေ တို့ကဲ့သို့သော)	
အစားအစာ	
ကလေးစောင့်ရှောက်မှု	
သွားလာရေး	
ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်များ	
အခြားကုန်ကျစရိတ်များ	
<p><b>**သင်သည် ပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုဖြင့်သာဆက်စပ်နေသည့် အကူအညီအတွက် လျှောက်ထားခြင်းဆိုပါက အထက်ပါဇယားကို ရွေးချယ်ခွင့်ရှိပါသည်။</b></p> <p><b>Missouri Health Net၊ Medicaid သို့မဟုတ် Marketplace လျှောက်ထားခြင်း အတည်ပြုချက်</b></p> <p>သင်သည် Missouri Health Net၊ Medicaid သို့မဟုတ် Marketplace အတွက် လျှောက်ထားပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လက်ခံရရှိခြင်း မရှိသေးပါက အောက်တွင် နေ နေ့စွဲနှင့် လျှောက်ထားသည့်နိုင်ငံကို ညွှန်ပြပေးပါ။ သင်၏လျှောက်ထားခြင်းနှင့်အတူ သင်၏ငြင်းဆိုကြောင်းစာကိုပေးပို့ခဲ့ပါက လစ်လျူရှုပေးပါ။</p>	
လျှောက်ထားသည့်နေ့စွဲ	လျှောက်ထားသည့်နိုင်ငံ
<p>ငွေကြေးအခြေအနေနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် အခြားသော ဆီလျော်သည့်သတင်းအချက်အလက်များကို ပူးတွဲပေးပါ</p>	
<p>အသိအမှတ်ပြုမှု - ဤလျှောက်ထားမှုရှိ သတင်းအချက်အလက်များမှာ မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ် သိရှိထားသမျှ အမ အမှန်ကန်ဆုံးသောအရာများဖြစ်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤဆေးရုံငွေတောင်းခံလွှာကို ငွေပေးချေရန် အကူအညီဖြစ်စေမည့် ကျ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့်အကျိုးဝင်နိုင်သော မည်သည့် ပြည်နယ်၊ ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ဒေသတွင်းအကူအညီအတွက်မဆို လျှောက်ထားပါမည်။ တင် တင်ပြထားသည့်သတင်းအချက်အလက်များအား <b>CoxHealth</b> မှ စစ်ဆေးမည်ဖြစ်သည်ကို သေ သဘောပေါက်နားလည်ပြီး ဤလျှောက်ထားမှုတွင်ဖြည့်စွက်ထားသည့် သတင်းအချက်အလက်များ၏ တိကျမှုကိုစစ်ဆေးရန်အတွက် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံဆက်သွယ်ရန် ကျ ကျွန်ုပ်မှ ၎င်းတို့ကို တရားဝင်ခွင့်ပြုထားခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်ထားမှုတွင် မမှန်ကန်သည့်သတင်းအချက်အလက်များကို သိသိလျှက်နှင့် ထည ထညသွင်းခဲ့ပါက ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီအတွက် အကျိုးဝင်တော့မည်မဟုတ်သလို ကျွန်ုပ်အား ခွ ခွင့်ပြုပေးထားသည့် ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီတစ်စုံတစ်ရာသည်လည်း ပြောင်းပြန်ဖြစ်သွားမည်ဖြစ်ပြီး ငွေတောင်းခံလွှာ(များ) ကို ငွေပေးချေမှုအတွက် ကျွန်ုပ်မှ တာဝန်ယူရမည်ဖြစ်သည်ကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။</p>	
လူနာ/ တာဝန်ရှိသူ လက်မှတ် -	နေ့စွဲ -