



Summa Rehab Hospital ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှောက်ထားခြင်း

Summa Rehab Hospital ပရဟိတ အစီအစဉ်

Summa Rehab Hospital

A partnership with Ernest Health

အာမခံမပြည့်မီသော လူနားများအတွက် လျှော့စျေးအစီအစဉ်

**အချက်အလက်အားလုံးကို စာလုံးကြီးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းစွာရေးပါ**

လူနာ အမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ၊ အလယ်)	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်	မွေးနေ့
လမ်းအမည်	မြို့	ပြည်နယ်
စစ်နံပါတ်	နေ့အချိန်အသုံးပြုသည့် ဖုန်းနံပါတ်	
<input type="checkbox"/> လူလွတ် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> *အိမ်ထောင်ကွဲ	<input type="checkbox"/> ဝန်ဆောင်မှုရရှိသောအချိန် အလုပ်အကိုင်အခြေအနေ <input type="checkbox"/> အလုပ်အကိုင်ရှိ <input type="checkbox"/> အငြိမ်းစား <input type="checkbox"/> အလုပ်အကိုင်မရှိ	1. ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုရရှိသောအချိန်တွင် သင်သည် OHIO ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ဝန်ဆောင်မှု ရက်စွဲ	ဆေးရုံ အမည်စာရင်း နံပါတ်	2. ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုရရှိသောအချိန်တွင် သင်သည် လက်ရှိ MEDICAID လက်ခံရရှိသူတစ်ယောက် ဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ ဟုတ်မှန်ပါက၊ MEDICAID ငွေတောင်းခံလွှာနံပါတ်-
လျှောက်ထားမှုသည် ဆေးရုံတက်ရောက်သောအတွင်းလူနာ နှင့်/သို့မဟုတ် သုံးလ (ဝန်ဆောင်မှုလနှင့် နောက်လနှစ်လ) တို့အကျုံးဝင်ပါသည်		3. ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှု ရရှိသောအချိန်တွင် သင်သည် မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လက်ခံရရှိသူတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
လူနာ အမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ၊ အလယ်)	<input type="checkbox"/> ဝန်ဆောင်မှုရရှိသောအချိန် အလုပ်အကိုင်အခြေအနေ <input type="checkbox"/> အလုပ်အကိုင်ရှိ <input type="checkbox"/> အငြိမ်းစား <input type="checkbox"/> အလုပ်အကိုင်မရှိ	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်
		မွေးနေ့

"မိသားစု" တွင် လူနာအပါအဝင်၊ ၎င်းတို့၏ ဇနီး/ခင်ပွန်း (အိမ်တွင်နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ နေထိုင်ခြင်းမရှိသည်ဖြစ်စေ) နှင့် လူနာ၏ သားသမီးများ၊ သွေးရင်း သို့မဟုတ် မွေးစား၊ အိမ်တွင်နေထိုင်သော အသက် ၁၈နှစ်အောက်လူတိုင်း ပါဝင်ပါသည်။ လူနာသည် အသက် ၁၈ နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက၊ "မိသားစု" တွင် လူနာအပါအဝင်၊ ၎င်းလူနာ၏ မိဘရင်း သို့မဟုတ် မွေးစားမိဘ (များ) အိမ်တွင်နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ နေထိုင်ခြင်းမရှိသည်ဖြစ်စေ နှင့် လူနာ၏ သားသမီးများ၊ သွေးရင်း သို့မဟုတ် မွေးစား၊ အိမ်တွင်နေထိုင်သော အသက် ၁၈နှစ်အောက်လူတိုင်း ပါဝင်ပါသည်။

မိသားစုဝင်များ၏ နာမည်	မွေးနေ့	လူနာနှင့်ပတ်သက်မှု	ဝန်ဆောင်မှုရရှိသည့်လမတိုင်မီ သုံးလအတွင်းရရှိသော မိသားစုဝင်ငွေ	ဝင်ငွေရင်းမြစ် သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်နာမည်
(လူနာ)		ကိုယ်တိုင်		
(ဇနီး/ခင်ပွန်း)				
မိသားစုတွင်းရှိ လူဦးရေစုစုပေါင်း		မိသားစု၏ ဝင်ငွေစုစုပေါင်း		

\$0 ဝင်ငွေ ရှင်းတမ်း-

**ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်ရက်မတိုင်မီ သုံးလအတွင်း အခြေခံစားနပ်ရိက္ခာ/အိမ်ရာလိုအပ်ချက်များကို မည်ကဲ့သို့ဖြည့်ဆည်းပေးကြောင်း အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြပါ**

\*အိမ်တွင်အတူမနေထိုင်သော အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘသည် အိမ်ထောင်စုအတွက် ထောက်ပံ့ပေးမှုမရှိခြင်းကလွဲ၍ အိမ်တွင်မနေထိုင်သော အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘ၏ဝင်ငွေ လိုအပ်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်း၏ ဝင်ငွေအကန့်မှ "ထောက်ပံ့ခြင်းမရှိပါ" ကိုအသုံးပြုပါ။

\*\*ဝင်ငွေစိစစ်ခြင်းတွင် အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်းလုပ်ခလစာများ၊ ပင်စင်၊ SSI/SSD/အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ မယားစရိတ်များ၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု (ကလေးသည် လူနာဖြစ်လျှင်)၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ လိုအပ်သောငွေစာရင်း (IRA)၊ 401(k) မှ ငွေကြေးထည့်ဝင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။

လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိပါက၊ ဝင်ငွေစိစစ်ခြင်း သို့မဟုတ် သင်၏ လတ်တလော 1099 ဖောင်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ လူမှုဖူလုံရေးစီမံခန့်ခွဲမှုရုံးသို့ 1-800-772-1213 သို့ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် အတည်ပြုစာတစ်စောင်ကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသားသော၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် Summa Rehab Hospital မှတဆင့် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန် အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို ပေးထားပြီး၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ အသိဉာဏ်စွမ်းရည်ရှိသူတို့နှင့်၊ ဤအရာသည် မှန်ကန်ပြီး တိကျသော အချက်အလက်ဖြစ်ကြောင်းနှင့်၊ Summa Rehab Hospital သည် Ohio အလုပ်အကိုင်နှင့် မိသားစုဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုဌာန (Department of Jobs and Family Services, ODJFS) ၏ စည်းမျဉ်းများနှင့်အညီ ဤအစီအစဉ်ကို ပြုပြင်မွမ်းမံခွင့် သို့မဟုတ် ပယ်ဖျက်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အားလုံးလည်ပါသည်။

X

\_\_\_\_\_  
 (လျှောက်လွှာသည် တရားဝင်ဖြစ်စေရန် လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏စားဝင် ကိုယ်စားလှယ်သာလျှင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည် (ရက်စွဲ)

\_\_\_\_\_  
 (ဆေးရုံ၏ ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်/ဌာန သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ) (ရက်စွဲ)