NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာနှင့် လျှို့ဝှက်ထားသော ကိစ္စများ

[Guarantor Name Smarttext]
[Guarantor Address Smarttext]

[Date Smarttext]

အာမခံသူ- [Guarantor Smarttext]
ဖြစ်ရပ်နံပါတ်- [Smarttext]
ဖြစ်ရပ်တွင်ပါဝင်သော လူနာများ-
[Smarttext patient name(s)]

လေးစားအပ်ပါသော [patient name Smarttext]၊

သင်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူအဖြစ် [RHM Smarttext] ကို ရွေးချယ်သည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ပါဝင်သောလျှောက်လွှာကိုဖြည့်ပြီး သင်၏ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအကဲဖြတ်မှုကို အပြီးသတ်ရန်၊ အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပြန်သွားပါ။

သင့်တွင်မေးခွန်းများရှိပါက 800-494-5797 သို့ တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့ နံနက် 9:00 မှ 5:00 နာရီအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service Center သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ET. မိတ်ဆက်အပိုင်းပြီးနောက်၊ 1 ကိုရွေးချယ်ပါ၊ ထို့နောက် သက်ဆိုင်ရာ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံရောက်ရှိရန် 2 ကိုရွေးချယ်ပါ။ ကျေးဇူးပြု၍ သင် လိုအပ်သောဘာသာစကားကိုပြောပေးပါ၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် ခေါ်ဆိုထားသောလိုင်းပေါ်တွင် စကားပြန်ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

လေးစားစွာဖြင့်၊

Trinity Health Enterprise ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှု

[RHM Smarttext] ကိုယ်စား

20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

လူနာအမည် (သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်အပြည့်အစုံဖြည့်စွက်ပေးရန်)		
လူနာအမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ အဆုံး)		မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy)
ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း #		
စာပို့လိပ်စာ	တိုက်ခန်း/အခန်းနံပါတ် #	
မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်အမှတ်
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်အမည် (လူနာသည် အရွယ်မရောက်သေးသော ကလေး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူဖြစ်ပါက)		
အီးမေးလ် လိပ်စာ		

နာမည် အပြည့်အစုံ	**ပက်သက်မှု**	**ဝင်ငွေ စုစုပေါင်း(လက်ရှိ)**

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

ဆေးရုံသည် သင့်အား ဝင်ငွေအထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းတင်ပြရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်၊ ဥပမာအားဖြင့် စာရွက်စာတမ်းများတွင် လစာဖြတ်ပိုင်း၊ သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာတစ်စောင် သို့မဟုတ် ပုံစံ 1040 ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံအခြေအနေအရ

သင့်တွင် Medicaid၊ Medicare၊ သို့မဟုတ် သင့်အလုပ်ရှင်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် သင်ကိုယ်တိုင်ဝယ်ယူထားသော ပုဂ္ဂလိကအာမခံအပါအဝင် ကျန်းမာရေးအာမခံပုံစံတစ်ခုခုရှိပါသလား။ □ ရှိပါသည် □ မရှိပါ

အကယ်၍ သင်သည် "မရှိပါ" ဟုဖြေခဲ့လျှင် ဤအစီအစဉ်များထဲမှ တစ်ခုခုကို လျှောက်ထားရာတွင် အကူအညီလိုပါသလား။ □ လိုအပ်ပါသည် □ မလိုအပ်ပါ

အာမခံမထားရှိထားသောလူနာများ- အာမခံနှင့် ဆေးဝါးစရိတ်ကြီးမြင့်သောသူများ။ သင့်တွင် အာမခံရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ပြီးခဲ့သော 12 လအတွင်း သင်ပေးဆောင်ခဲ့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ၏ ခန့်မှန်းခြေကို ပေးပေးပါ။

$

ဆေးရုံသည် ပေးဆောင်ထားသော ဆေးဖိုးဝါးခအထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပြခိုင်းနိုင်ပါသည်။

လူနာ/တာဝန်ရှိသောသူ- လူနာမဟုတ်ပါက ဖောင်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏အမည်နှင့် လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ၎င်းတို့၏ လုပ်ပိုင်ခွင့် (ဥပမာ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်) ကို စာရင်းပြုစုပါ။

ကျွန်ုပ်တင်ပြသောအချက်အလက်များသည် ပြင်ပဌာနများမှ စိစစ်ခြင်းခံရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ် သိရှိသရွေ့အတတ်နိုင်ဆုံး ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ထားကြောင်း ကျွန်ုပ် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

ပုံနှိပ်သူအမည် လူနာနှင့်ဆက်ဆံရေး	ရက်စွဲ
လက်မှတ်	
ကျေးဇူးပြု၍ သင့်လျှောက်လွှာကို အထက်ပါ လိပ်စာသို့ ပေးပို့ပြီး၊ ဖက်စ်ဖြင့် 312-871-3350 သို့၊ သို့မဟုတ် MyChart (လူနာပေါ်တယ်) - https://mychart.trinity-health.org/MyChart မှတဆင့် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပြပါ။ သင့်တွင်မေးခွန်းများရှိပါက 800-494-5797 တွင် တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 9 နာရီမှ ညနေ 5 နာရီအထိ ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service Center သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ ET.	
အနိမ့်ဆုံးသော အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များ	

လျှောက်လွှာတင်ချိန်၊ လူနာအခွင့်အရေးနှင့် အချက်အလက်ဆိုင်ရာ လျှို့ဝှက်မှု

စုဆောင်းခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း မည်သည့်နေရာ၌မဆို ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှုကိုလျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

- သင်၏ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် လျှောက်လွှာအား ဆုံးဖြတ်ချက်မချမချင်း၊ ဤဆေးရုံသို့ ကျသင့်ငွေပေးချေရန် မလိုအပ်ပါ။ သင့်လျှောက်လွှာကို ဆိုင်းငံ့ထားစဉ်တွင်၊ ဆေးရုံများမှ အကောင့်များကို ပိုက်ဆံကောက်ခံရန်အတွက် လွှဲပြောင်းပေးမည်မဟုတ်ပါ။
- သင်၏ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံကို ငြင်းပယ်ခံရပါက၊ သင့်တွင် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင်လက်ခံရရှိသည့် ဆေးရုံ၏သတိပေးချက်တွင် မည်သို့လုပ်ဆောင်ရမည်ကို ထည့်သွင်းဖော်ပြထားမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှုပမာဏကို အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဆေးရုံသည် ၎င်းတို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်စာတွင် အယူခံဝင်ပုံနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

- သင်၏ ပထမဆုံးငွေတောင်းခံလွှာရရှိပြီးနောက် အနည်းဆုံး ရက်ပေါင်း 180 ကြာအထိ၊ ဆေးရုံများသည် အခကြေးငွေမရရှိသေးသော ငွေတောင်းခံလွှာများကို ငွေကြေးကောက်ခံပေးသော အေဂျင်စီသို့ မပေးပို့နိုင်ပါ။
- ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးဇမှုအဆင့်၏ 400% အောက်ရှိ လူနာများအား၊ အခကြေးငွေမရရှိသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာငွေတောင်းခံလွှာများအတွက် ပြန်လည်ရယူနိုင်ရန် တရားစွဲမှုများအပါအဝင် ဥပဒေအရ အရေးယူခြင်းမပြုရန် ဆေးရုံများကို တားမြစ်ထားပါသည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များကို https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines တွင် ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်-
- ဤလျှောက်လွှာတွင် ပေးထားသည့် အချက်အလက်မှန်သမျှသည် သင်၏ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ဆေးရုံကသာ အသုံးပြုမည်ဖြစ်ပြီး ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်းအတာအထိ လျှို့ဝှက်ထားမည်ဖြစ်ပါသည်။
- ဆေးရုံတစ်ခုသည် သင့်တွင် အကြွေးတင်နေသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ တောင်းခံလွှာတစ်ခု ရှိနေသောကြောင့်၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်နိုင်မည်မဟုတ်ပေ။
- ဤလျှောက်လွှာအတွက် အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ (ဆေးရုံအမည်) ၏ (ဖုန်းနံပါတ်) တွင်ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီပေးရေးရုံးသို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။
- သင်သည် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ထပ်ပေါင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုအယူခံဝင်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ လူမှုရပ်ရွာဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးရှေ့နေများ- 888-614-5400 သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း။

အောက်ဖော်ပြပါ သတ်မှတ်ထားသည့် ဝင်ငွေအဆင့်များထက် ပိုမိုမြင့်မားသော ပေးချေမှုအဆင့်များတွင် လူနာအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်မှုကို ကန့်သတ်ချက်များနှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေအရ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော လူနာများအတွက် ပေးချေမှုလျှော့ဈေးများ ပေးဆောင်ရာတွင် မည်သည့်အရာမှ ကန့်သတ်ထားခြင်းမရှိပါ။ ထို့အပြင်၊

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးအခြေအနေသည် ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသော စံသတ်မှတ်ချက်တစ်ခု မဟုတ်ရပါ။

အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်များသည် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်-

ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိသော ဝင်ငွေနည်းသူများ၊ သို့မဟုတ်

- အာမခံမထားထားသူတစ်ဦးချင်းစီ (လွန်ခဲ့သည့်ဆယ်နှစ်လအတွင်း စုပုံလာသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်များသည် ထိုပုဂ္ဂိုလ်၏တစ်နှစ်တာဝင်ငွေ၏ ဆယ်ရာခိုင်နှုန်းထက်ပိုသောပမာဏ)၊ သို့မဟုတ်
- ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ ခံစားခွင့်များ ကုန်ဆုံးသွားသူများ၊ ကျသင့်ငွေအား အပြည့်ပေးဆောင်ရန် မစွမ်းဆောင်နိုင်သူများ၊ သို့မဟုတ်
- ဆေးရုံ၏ဆုံးဖြတ်ချက်အရ၊ ၎င်းတို့၏ ပူးတွဲပေးချေမှုနှင့်/သို့မဟုတ် နုတ်ယူနိုင်စွမ်းကို မပေးနိုင်ကြောင်း ပြသပေးနိုင်သူများသည် လျှော့စျေး သို့မဟုတ် လျှော့စျေးစျေးလျှော့ ပေးချေမှုကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 400% အထိ ရောက်ရှိနေသော တစ်ဦးချင်းစီသည် ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲမှုအဆင့်များ (2024)			
အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား	**200%**	**300%**	**400%**
၁ ယောက်	**$30,120**	**$45,180**	**$60,240**
၂ ယောက်	**$40,880**	**$61,320**	**$81,760**
၃ ယောက်	**$51,640**	**$77,460**	**$103,280**
၄ ယောက်	**$62,400**	**$93,600**	**$124,800**
၅ ယောက်	**$73,160**	**$109,740**	**$146,320**
၆ ယောက်	**$83,920**	**$125,880**	**$167,840**
၆ ယောက်	**$94,680**	**$142,020**	**$189,360**
နှစ်စဉ် အပ်ဒိတ်လုပ်ထားပါသည်- https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines			
အနိမ့်ဆုံး လျှော့ပေးနိုင်သောနှုန်းထား			

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

သင်သည် ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက၊ အောက်ပါအတိုင်း အခြေအနေပေါ်မူတည်ပြီး ပြောင်းလဲသွားနိုင်သော နှုန်းထားအရ၊ သင့်ဝင်ငွေအလိုက် ကျသင့်ငွေများကို လျှော့ချပေးမည်ဖြစ်ပါသည်-

ဝင်ငွေအဆင့်	**ငွေပေးချေမှု**
200% FPL အောက်	အခကြေးငွေအားလုံးကို လွတ်ငြိမ်းခွင့်ပြုခြင်း
200% - 300% FPL	အာမခံမထားထားသောလူနာများ- Medicaid မှ ဝန်ဆောင်မှု(များ) အတွက် ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ 10% အထိ တိုးလာခြင်း။ အာမခံမထားထားသောလူနာများ- လူနာ၏အာမခံကုန်ကျစရိတ်ခွဲဝေမှုအရ ပေးချေရမည့်ငွေပမာဏ၏ အများဆုံး 10% အထိ။
301% - 400% FPL	အာမခံမထားထားသောလူနာများ- Medicaid မှ ဝန်ဆောင်မှု(များ) အတွက် ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ 20% အထိ တိုးလာခြင်း။ အာမခံမထားထားသောလူနာများ- လူနာ၏အာမခံကုန်ကျစရိတ်ခွဲဝေမှုအရ ပေးချေရမည့်ငွေပမာဏ၏ အများဆုံး 20% အထိ။

ဆေးရုံများသည် အရည်အချင်းပြည့်မီသောလူနာများအတွက် ပိုမိုလျှော့စျေးများပေးရန်နှင့်/သို့မဟုတ် ပိုမိုမြင့်မားသောဝင်ငွေအဆင့်ရှိ လူနာများအတွက် ငွေပေးချေမှုလျှော့စျေးများပေးဆောင်ရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အရစ်ကျအစီအစဉ်များ

လျှော့ထားပေးပြီးသောပမာဏကို တစ်ကြိမ်တည်း ပေးချေနိုင်ခြင်း မရှိသေးသော လူနာများအတွက် အရစ်ကျ အစီအစဉ်များ ရရှိနိုင်ပါပြီ။ လစဉ်ပေးချေမှုများသည် သင်၏လစဉ်ဝင်ငွေစုစုပေါင်း၏ 5% ထက်မပိုနိုင်ဘဲ

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေအထောက်အထား တောင်းခံခြင်း။

လူနာ၊ ၎င်းတို့၏အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် မှီခိုသူ (ကလေးများကဲ့သို့သော) အတွက် ဝင်ငွေအချက်အလက်ကို ထည့်သွင်းပါ။

ဥပမာအားဖြင့်၊ ၎င်းသည် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေတွက်ချက်ရာတွင် တူညီသောအခွန်ပြန်တမ်း (အခွန်ပေးဆောင်သူ၊ အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် အခွန်မှီခိုသူ) အားလုံးပါဝင်မည်ဖြစ်ပါသည်။

အောက်ပါတို့သည် သင့်ဝင်ငွေကို သက်သေပြရန် သင်အသုံးပြုနိုင်သော

စာရွက်စာတမ်းများစာရင်းဖြစ်ပါသည်။ ဤစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြရန် မလိုအပ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေမရှိသော ထွက်ဆိုချက်ကိုလည်း ပေးနိုင်ပါသည်။ ဝင်ငွေမရှိပါ။

NY State of Health Marketplace မှ အရည်အချင်းပြည့်မီမှု သတ်မှတ်ရေး စာမျက်နှာကိုလည်း ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် ဤစာရွက်စာတမ်းရှိပါက၊ အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အခြားဝင်ငွေအချက်အလက်များကို ဆေးရုံသို့ ပေးဆောင်ရန်မလိုအပ်ပါ။

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

အိမ်ထောင်စုများ လက်ခံရရှိပါက-	**လအလိုက် ပမာဏ-**	**လျှောက်ထားသူသည် တင်ပြပေးရမည်မှာ-**
လုပ်အားခ	$	ကျေးဇူးပြု၍ Paycheck Stub (သို့) စာရွက်ထိပ်တွင် ပုံနှိပ်ထားသော ကုမ္ပဏီအမည်၊လိပ်စာပါဝင်သော စာရွက်ဖြင့် ရေးသားထားသော အလုပ်ရှင်ထံမှစာ၊ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ရက်စွဲပါ သို့မဟုတ် မကြာသေးမီက တင်သွင်းထားသော ဝင်ငွေခွန် ပြန်တမ်းအား ကျေးဇူးပြု၍ ပေးပေးပါ။
လူမှုဖူလုံရေး ငွေပေးချေမှု	$	ဆုရရှိသော စာ/လက်မှတ် မိတ္တူ သို့မဟုတ် US လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲရေးမှ စာပေးစာယူ သို့မဟုတ် နှစ်ပြည့်အကျိုးခံစားခွင့်စာ မိတ္တူ။ သင့်လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်စာတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုရန် 1-800-772-1213 သို့ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် www.ssa.gov သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။
အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်းဆိုင်ရာ လျော်ကြေးငွေ	$	ဆုရရှိသော စာ/လက်မှတ်မိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS အလုပ်သမားဌာနမှ လစဉ်အကျိုးခံစားခွင့်ရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ထုတ်ထားသော တိုက်ရိုက်ငွေပေးချေကတ်မိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS အလုပ်သမားဌာနထံမှ စာပေးစာယူ သို့မဟုတ် လက်ခံသူ၏အကောင့်အချက်အလက်ကို NYS အလုပ်သမားဌာန၏ ဝဘ်ဆိုက်မှ ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေခြင်း (www .labor.state.ny.us)။

NYS ၏ တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီတောင်းခံမှု လျှောက်လွှာ

Trinity Health မှ ထောက်ပံ့ပေးသော လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ၊ အဆောက်အဦးများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင်သည် အာမခံမရှိပါက၊ သင့်အာမခံသက်တမ်းကုန်သွားပါက သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုသော ဆေးဖိုးဝါးခများကို ပေးဆောင်ကြောင်း အထောက်အထားများရှိပါက သင့်ဘေလ်များပေးဆောင်ရန် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံဆိုင်ရာ ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီအတွက် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စတင်မည်ဖြစ်ပါမည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား အခကြေးငွေမယူဘဲ စကားပြန်တစ်ဦးကို ပံ့ပိုးပေးမည်ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သောအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် စုဆောင်းနိုင်ပါသည်။

မသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ ငွေပေးချေမှု။	$	ဆုပေးစာ/ လက်မှတ်မိတ္တူ၊ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲရေးမှ စာပေးစာယူ သို့မဟုတ် နှစ်ပြည့်အကျိုးခံစားခွင့်စာ မိတ္တူ။ သင့်အကျိုးခံစားခွင့်စာတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုရန် 1-800-772-1213 သို့ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် www.ssa.gov သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။
အလုပ်သမားလျော်ကြေး	$	ဆုပေးစာမိတ္တူ (သို့) ဖြတ်ပိုင်းကို စစ်ဆေးပါ။
စားစရိတ်/ကလေးထောက်ပံ့မှု	$	တရားရုံးအမိန့်စာမိတ္တူ သို့မဟုတ် ငွေသားချက်လက်မှတ်/ပြေစာ ၃လစာ။
အမြတ်ဝေစု/အတိုး	$	သုံးလတစ်ကြိမ် အမြတ်ငွေရှင်းတမ်းများ သို့မဟုတ် 1 လပတ်ရှင်းတမ်းများ။
အခြား	$	ငှားရမ်းခဝင်ငွေ၊ ကျပန်းအလုပ်များအတွက် ငွေသားစသည်ဖြင့် လုပ်ခမဟုတ်သော ဝင်ငွေပမာဏ (ရှိလျှင်) ဖော်ပြသည့်စာ။
ဝင်ငွေမရှိ။	$	ဝင်ငွေမရှိကြောင်း လက်မှတ် ရေးထိုးထားပါသည်။