|  |  |
| --- | --- |
| ***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်*** |  |

***အာမခံအချက်အလက် စာရွက်စာတမ်း***

|  |
| --- |
| ***ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် အာမခံအချက်အလက်များ စိစစ်အတည်ပြုရန် တာဝန်ရှိပါသည်။ ဤဖောင်ပေါ်ရှိ အချက်အလက်များသည် ငွေပေးချေမှုအာမခံချက်မဟုတ်ပါ။*** |
| 1. **ကလေး၏ အချက်အလက်-**
 |  |  | *ITP SFS %* | *လစဉ် အများ ဆုံးကန့်သတ်ချက်* | *ပြီးစီးသည့်ရက်စွဲ* |
|       |       |       |       |       |       |
| *ကလေး၏ ပထမအမည်စာလုံး* | *အလယ်အမည်/အမည်ဆက်* | *ကလေး၏ နောက်ဆုံးအမည်စာလုံး* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *လိပ်စာ* | *မြို့* | *ပြည်နယ်* | *စာပို့ကုတ်* |  |
|       | *လိင်–* [ ] ကျား [ ]  မ |       |       |
| *မွေးသက္ကရာဇ်-* |  | *အိမ်ဖုန်း-* | *အခြားဆက်သွယ်နိုင်သော တယ်လီဖုန်း-* |
| 1. **အာမခံအချက်အလက်-**
 |
| **Medicaid #-** |       | ကယ်ရိုလိုင်းနား ACCESS ဆိုလျှင် မူလဆရာဝန်ကို ဖော်ပြပါ-       |
| သတ်မှတ်ချက်ပြည့် မီသော ရက်စွဲ- |       | သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်– |       | **[ ]**  မူလတန်း  **[ ]**  အကျိုးသက်ရောက်သော အခြားမူဝါဒ (အောက်တွင် ကြည့်ပါ) |
| **အခြေခံမူဝါဒ** - | [ ]  တစ်ဦးချင်း [ ]  အုပ်စု [ ]  HMO/PPO [ ]  စစ်ဘက်ဆိုင်ရာအာမခံ | **အရန်မူဝါဒ**: | [ ]  တစ်ဦးချင်း [ ]  အုပ်စု [ ]  HMO/PPO [ ]  စစ်ဘက်ဆိုင်ရာအာမခံ |
| အာမခံအမည်– |       | အာမခံအမည်– |       |
| အလုပ်ရှင်/အုပ်စု- |       | အလုပ်ရှင်/အုပ်စု- |       |
| မူဝါဒ#/ Ins. အိုင်ဒီ#- |       | မူဝါဒ #/ Ins. အိုင်ဒီ#- |       |
| အုပ်စု ID #- |       | အုပ်စု ID #- |       |
| အကျိုးသက်ရောက်သော ရက်စွဲ- |       | အကျိုးသက်ရောက်သော ရက်စွဲ- |       |
| တောင်းဆိုချက် ဖုန်း #- |       | တောင်းဆိုချက် ဖုန်း #- |       |
| တောင်းဆိုချက်ပို့သည့် လိပ်စာ - |       | တောင်းဆိုချက်ပို့သည့် လိပ်စာ - |       |
| မြို့- |       | ပြည်နယ်-       | ဇစ်-       | မြို့-  |       | ပြည်နယ်-       | ဇစ်-       |
| စာရင်းပေးသွင်းသူအမည်- |       | စာရင်းပေးသွင်းသူအမည်- |       |
| စာရင်းသွင်းသူနှင့် ဖောက်သည်တို့၏ ဆက်ဆံ‌ရေး‌‌- |       | စာရင်းပေးသွင်းသူ၏ မွေးသက္ကရာဇ်-       | စာရင်းသွင်းသူနှင့် ဖောက်သည်တို့၏ ဆက်ဆံ‌ရေး‌‌- |       | စာရင်းပေးသွင်းသူ၏ မွေးသက္ကရာဇ်-       |
| စာရင်းပေးသွင်းသူသည် အာမခံသူဖြစ်သည်– | [ ]  ဟုတ်ပါသည် [ ]  မဟုတ်ပါ | ကျား/မ- [ ]  အမျိုးသား [ ]  အမျိုးသမီး | စာရင်းပေးသွင်းသူသည် အာမခံသူဖြစ်သည်– | [ ]  ဟုတ်ပါသည် [ ]  မဟုတ်ပါ | ကျား/မ- [ ]  အမျိုးသား  [ ]  အမျိုးသမီး |
| စာရင်းပေးသွင်းသူ၏ လိပ်စာ - |       | စာရင်းပေးသွင်းသူ၏ လိပ်စာ - |       |
| [ ]  အခြေခံမူဝါဒနှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ငွေပြန်ထုတ်ပေးရေးအကောင့်။ | [ ]  အခြေခံမူဝါဒနှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ငွေပြန်ထုတ်ပေးရေးအကောင့်။ |
| [ ]  အခြေခံနှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ် အကောင့်။ **(အလိုအလျောက် မူကြမ်း‌‌ရေးဆွဲခြင်းကို ပိတ်ထားကြောင်း သေချာပါစေ။)** | [ ]  အခြေခံနှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ် အကောင့်။ **(အလိုအလျောက် မူကြမ်း‌‌ရေးဆွဲခြင်းကို ပိတ်ထားကြောင်း သေချာပါစေ။)** |
| **ကွန်ယက်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ** | **ကွန်ယက်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ** |
| **သက်တမ်းတစ်လျောက် အမြင့်ဆုံး အကျိုးခံစားခွင့်-** | [ ]  ဟုတ်ပါသည် [ ]  မဟုတ်ပါ | **LT Cap Amt.** |  | **သက်တမ်းတစ်လျောက် အမြင့်ဆုံး အကျိုးခံစားခွင့်-** | [ ]  ဟုတ်ပါသည် [ ]  မဟုတ်ပါ | **LT Cap Amt.** |  |
| ပူးတွဲအာမခံ- |  | ပူးတွဲပေးချေခြင်း- |  | ပူးတွဲအာမခံ- |  |  |  |
| ကနဦး နုတ်ဖြတ်ငွေ |  | Amt. Met- |  | ကနဦး နုတ်ဖြတ်ငွေ |  | Amt. Met- |  |
| **ကွန်ယက်ပြင်ပ အကျိုးခံစားခွင့်များ** | **ကွန်ယက်ပြင်ပ အကျိုးခံစားခွင့်များ** |
| **သက်တမ်းတစ်လျောက် အမြင့်ဆုံး အကျိုးခံစားခွင့်-** | [ ]  ဟုတ်ပါသည်[ ]  မဟုတ်ပါ | **LT Cap Amt.** |  | **သက်တမ်းတစ်လျောက် အမြင့်ဆုံး အကျိုးခံစားခွင့်-** | [ ]  ဟုတ်ပါသည် [ ]  မဟုတ်ပါ | **LT Cap Amt.** |  |
| ပူးတွဲအာမခံ- |  | ပူးတွဲပေးချေခြင်း- |  | ပူးတွဲအာမခံ- |  | ပူးတွဲပေးချေ ခြင်း- |  |
| ကနဦး နုတ်ဖြတ်ငွေ |  | Amt. Met- |  | ကနဦး နုတ်ဖြတ်ငွေ |  | Amt. Met- |  |
| **အကဲဖြတ်မှုများအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ပါသလား။** [ ]  ဟုတ်ပါသည်   [ ]  မဟုတ်ပါ | **အကဲဖြတ်မှုများအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ပါသလား။** [ ]  ဟုတ်ပါသည်   [ ]  မဟုတ်ပါ |
| ***အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို စာရင်းပြုစုပေးပါ–*** | ***အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို စာရင်းပြုစုပေးပါ–*** |
| အကဲဖြတ်မှုများ-       | အကဲဖြတ်မှုများ-       |
| အလုပ်ပေးကုထုံး–       | အလုပ်ပေးကုထုံး–       |
| ကာယကုထုံး–       | ကာယကုထုံး–       |
| စကားပြောကုထုံး–       | စကားပြောကုထုံး–       |
| အခြား ဝန်ဆောင်မှုများ-       | အခြား ဝန်ဆောင်မှုများ-       |
| **အထူးကုထုံးအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ပါသလား။**[ ]  ဟုတ်ပါသည်   [ ]  မဟုတ်ပါ | **အထူးကုထုံးအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ပါသလား။**[ ]  ဟုတ်ပါသည်   [ ]  မဟုတ်ပါ |