|  |  |
| --- | --- |
| ***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 | | | | | | | | | | | | | | | |