

အစုအဖွဲ့ စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်အတွက် လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်း

- 1. ဓာတ်ပုံပါစိစစ်ရေးကိစ္စမှာ** အိုင်အိုဝါ ပြည်နယ် တရားဝင် စိစစ်ရေးကိစ္စဖြစ်ရပါမည်။ အိုင်အိုဝါ ယာဉ်မောင်းလိုင်စင်နှင့် အိုင်အိုဝါ စိစစ်ရေးကိစ္စကို 6310 SE Convenience Blvd (Corporate Woods Drive အထွက်နား) ရှိ အိုင်အိုဝါ ပို့ဆောင်ရေးဌာနတွင် ရယူနိုင်ပါသည်။ Ankeny, IA 50021 515-239-1101
- 2. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် သက်သေခံ။** ဤနံပါတ်ကို သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးကိစ္စမှ ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်ထံတွင် သုံးစွဲနိုင်သည့် လူမှုဖူလုံရေးကိစ္စ မရှိပါက ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အကြံပေးအရာရှိကို ဆက်သွယ်ပါ။ လူမှုဖူလုံရေးကိစ္စများကို လဲလှယ်ခြင်းကို Riverpoint ရုံးနေရာ၊ 455 SW 5th Street Suite "F" Des Moines, Iowa. တွင် ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ 1-800-772-1213။ ရုံးဖွင့်ချိန်များမှာ တနင်္လာ - သောကြာ- နံနက် 9 နာရီ မှ ညနေ 3:30 နာရီ။
- 3. နေထိုင်ကြောင်း သက်သေခံ။** ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် သင်သည် Cares Medical အိမ် နယ်မြေ 5 တွင် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေလိုအပ်ပါသည်။ ဤသို့သက်သေရရှိရန် ကျွန်ုပ်တို့ စာရွက်စာတမ်းများ လိုအပ်ပါသည်။ ငှားရမ်းမှု အထောက်အထားစာရွက်၊ ဝိဘာမ ဖြေစာများ၊ အာမခံစာရွက်စာတမ်းများ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သည့် ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း သင်နေထိုင်သည့် နေရပ်လိပ်စာသို့ "တရားဝင်" ဖေးပို့ခဲ့သည့် စာ။ ယင်းအထောက်အထားများသည် PO ဘောက်စ်၊ သင့်ထံသို့ လိပ်မူ၍ ပို့ထားသည့် "စာပို့ရန်" လိပ်စာ သို့မဟုတ် "အသုံးမဝင်သည့်" စာများ သို့မဟုတ် "လက်ရှိ နေထိုင်ရာ" မဖြစ်ရပါ။ Broadlawn ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စင်တာမှ ဖေးပို့သည့် စာများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်မခံပါ။
- 4. ဝင်ငွေသက်သေခံ။** လွန်ခဲ့သည့် ရက် 30 အတွင်း ရရှိခဲ့သည့် ဝင်ငွေအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ သက်သေလိုအပ်ပါသည်။ ယင်းသက်သေများတွင် အောက်ပါတို့သာဟု မကန့်သတ်ထားသော်လည်း ၎င်းတို့ ပါဝင်နိုင်သည့်-လွန်ခဲ့သည့်ရက်ပေါင်း 30 က ထုတ်ပေးခဲ့သည့် လစာချက်လက်မှတ်များ သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်၏ ထောက်ခံချက်၊ လူမှုဖူလုံရေး စာရင်းရှင်းတမ်းများ၊ အလုပ်သမား နှစ်နာကြေး ထုတ်ပေးငွေများ၊ မသန်စွမ်းမှု ဝင်ငွေ၊ ကလေးအထောက်အပံ့၊ မွေးစား စောင့်ရှောက်မှု ဝင်ငွေ၊ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း၊ အမွေဆက်ခံမှု
- 5. ပြန်အမ်းငွေ ဝင်ငွေခွန်** နိုင်ငံတော် ဝင်ငွေခွန် ပြန်အမ်းငွေအတွက် အနီးစပ်ဆုံး မှတ်တမ်းမိတ္တူကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။
ဝင်ငွေမရှိလျှင်/အလုပ်မရှိလျှင်၊ ဦးစိုမှုတောင်းခံလွှာစာ (ထောက်ပံ့မှုသတ်ပေးချက်)ကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။
- 6. လူမှုဖူလုံရေး မသန်စွမ်းမှုအတွက် လျှောက်လွှာသက်သေလိုအပ်ပါသည်။** ရွေးချယ်ထားသည့် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်/ရှေ့နေမှ ဖြည့်ထားသည့် သို့မဟုတ် ရေးသားထားသည့် ထုတ်ပြန်ချက်ပြုလုပ်သည့် ရက်စွဲကိုဖော်ပြထားသည့် လူမှုဖူလုံရေး အုပ်ချုပ်မှုရုံး (515-283-0212)မှ စာရွက်စာတမ်းများနှင့် သက်သေပြနိုင်ပါသည်။
- 7. ဆေးကုသစားရိတ် / အိုင်အိုဝါ စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များအတွက် သင် အကျိုးဝင်သည်ဆိုပါက** ဆေးကုသစားရိတ် / အိုင်အိုဝါ စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များအတွက် လျှောက်ထားရန် လိုအပ်ပါသည်။ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုကို ရရှိနိုင်သည့် သို့မဟုတ် မရရှိနိုင်ပါ။ သင်၏ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အကြံပေးအရာရှိမှ ဤ ဆုံးဖြတ်ချက်ချက်ကို ပြုလုပ်ရာတွင် အကူအညီပေးပါမည်။ ဤအစီအစဉ်များတွင် အကျိုးဝင်နိုင်သည်ကို သက်သေပြရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင်၏ အိုင်အိုဝါ ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာနမှ ဆုံးဖြတ်ချက် အကြောင်းကြားစာ မိတ္တူတွင် ဤအချက်အလက် ပါရမည်။ (Iowa Medicaid 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 ရုံးချိန်များမှာ နံနက် 8 နာရီမှ ညနေ 4:30 နာရီအထိ တနင်္လာ-သောကြာ)
- 8. စားသောက်ခွင့်လက်မှတ် ခံစားခွင့်များအတွက် သင်၏ အကြောင်းကြားစာကို တင်ပြရပါမည်။** သင်၏ အိုင်အိုဝါ ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာနမှ ဆုံးဖြတ်ချက် အကြောင်းကြားစာ မိတ္တူတွင် ဤအချက်အလက် ပါရမည်။ (Iowa Medicaid 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 ရုံးချိန်များမှာ နံနက် 8 နာရီမှ ညနေ 4:30 နာရီအထိ တနင်္လာ-သောကြာ)
- 9. မွေးစားရင်း။** သင့်အနေဖြင့် အကျိုးဝင်သည့်လူများအားလုံးအတွက် မွေးစားရင်းကို တင်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။ ပြည်နယ်မှထုတ်ပေးထားသည့် စာရွက်စာတမ်းဖြစ်ပြီး ပြည်နယ်တံဆိပ်တုံး ခပ်နှိပ်ထားရမည်။ (အိုင်အိုဝါ မွေးစားရင်း တောင်းခံမှုများ- 515-281-4944။ လူးကက်စ် ပြည်နယ် ရုံး အဆောက်အဦး 321 East 12th, Des Moines Iowa)
- 10. ငွေစာရင်းများအားလုံးအတွက် သက်သေခံများ** တွင် အောက်ပါတို့သာဟု မကန့်သတ်ထားသော်လည်း ၎င်းတို့ ပါဝင်နိုင်သည့်- ချက်လက်မှတ်များ၊ စုဆောင်းငွေများ၊ IRA များ၊ 401K များ၊ CD များ၊ ရှယ်ယာများ၊ စာချုပ်များ၊ 403B များ၊ Trust များ၊ နှစ်စဉ်ရန်ပုံငွေများ၊ IPERS နှင့် အခြား ငွေစာရင်းများအားလုံး။ ၎င်းစာရင်းများတွင်ရှိနေသည့် ငွေပမာဏများကို ဖော်ပြပေးထားသည့် ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။
- 11. ကလေးထောက်ပံ့စားရိတ် ပေးချေမှုများ သက်သေခံ။** ကလေးထောက်ပံ့စားရိတ်ပေးရသည့်ဆိုပါက လွန်ခဲ့သည့် ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း ပေးဆောင်ထားသည့် သက်သေခံများ ယူဆောင်လာရန် လိုအပ်ပါသည်။ အိုင်အိုဝါ၏ ကလေးထောက်ပံ့စားရိတ် အစီအစဉ် 1-888-229-9223၊ တနင်္လာမှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 8 နာရီမှ ညနေ 5 နာရီ။ CST စံတော်ချိန်
- 12. အခြား-** ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအကြံပေးအရာရှိမှ သင်၏ အကျိုးဝင်မှုအတွက် လိုအပ်လာနိုင်သည့် အခြားအချက်အလက်များ။

သင့်အိမ်တွင်နေထိုင်သည့် အခြားလူများကို ချရေးပေးပါ

အမည်- _____ တော်စပ်ပုံ- _____
 အမည်- _____ တော်စပ်ပုံ- _____
 အမည်- _____ တော်စပ်ပုံ- _____
 အမည်- _____ တော်စပ်ပုံ- _____

အလုပ်လုပ်ကိုင်မှု အချက်အလက်များ

အလုပ်ရှင် အမည်- _____ စတင်သည့်နေ့- _____
 လိပ်စာ- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ ဇစ်ကုန်- _____
 အလုပ်ရှင် ဖုန်းနံပါတ်# _____

အိမ်ထောင်ဖက်၏ အလုပ်ရှင်- _____ စတင်သည့်နေ့- _____
 လိပ်စာ- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ ဇစ်ကုန်- _____
 အိမ်ထောင်ဖက်၏ အလုပ်ရှင် ဖုန်းနံပါတ်# _____

ဝင်ငွေ

ဝင်ငွေ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ထောက်ပံ့မှု၊ ခံစားပိုင်ခွင့်များနှင့် ကူညီထောက်ပံ့မှုများ အားလုံးကို စာရင်းပြုပေးပါ-

လက်ခံသူ	ဝင်ငွေ	ရလမ်း	အကြမ်းဖျင်းပမာဏ	ရရှိသည့်အကြိမ်အရေအတွက်

အရင်းအမြစ်များ

ချက်လက်မှတ် စာရင်းများ- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ စုငွေ- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ IRA- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____
 CD များ- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ ယုံကြည်အပ်နှံငွေ- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ နှစ်စဉ်ရန်ပုံငွေ- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____
 ရှယ်ယာ/ စာချုပ်များ- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ 401K- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ IPERS- ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____
 အိမ်ခြံမြေ/အဆောက်အအုံ ရှိ / မရှိ ပမာဏ\$ _____ လိပ်စာ- _____

ကား- နှစ် _____ ထုတ်လုပ်သူ _____ မော်ဒယ် _____ အငှား/အပိုင် _____ တန်ဖိုး _____
 ကား- နှစ် _____ ထုတ်လုပ်သူ _____ မော်ဒယ် _____ အငှား/အပိုင် _____ တန်ဖိုး _____
 ကား- နှစ် _____ ထုတ်လုပ်သူ _____ မော်ဒယ် _____ အငှား/အပိုင် _____ တန်ဖိုး _____

ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ ရှိ / မရှိ လစဉ်ကုန်ကျစားရိတ်- \$ _____
 အခြားအာမခံများရှိပါသလား- ရှိ / မရှိ
 ကလေးထောက်ပံ့စားရိတ် ပေးရသည် သို့မဟုတ် ရရှိသည်- ရှိ / မရှိ ပမာဏ- \$ _____ ပေးရသည့်သူ / လက်ခံသူ- _____

လက်ရှိ ရရှိနေသည့် လူမှုလုံခြုံရေး မသန်စွမ်းမှု ထောက်ပံ့ကြေး-
မူလ လူမှုလုံခြုံရေး လျှောက်လွှာ ရက်စွဲကို ဖော်ပြပါ- _____
မသန်စွမ်းမှုထောက်ပံ့ကြေးအတွက် ကူညီပေးနေသည့် ရှေ့နေရိုပါသလား။
သင့် မသန်စွမ်းမှုရှေ့နေ၏ အမည်- _____
Broadlawns တွင် လွန်ခဲ့သည့် 13 လက စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် ကုသမှုခံယူခဲ့သည်-
သင် စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် ကုသမှုခံယူရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား-
အိမ်ထောင်စုအတွင်း ကိုယ်ဝန်ဆောင်ရှိပါသလား-

ရို / မရို
ရို / မရို
ရို / မရို
ရို / မရို
ရို / မရို

လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်း

ကျွန်ုပ်/ ကျွန်ုပ်တို့သည် Broadlawns ကျန်းမာရေး စင်တာ (BMC) နှင့် အလားအလာရှိသည့် မည်သည့် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံသူ သို့မဟုတ် အာမခံသူကိုမဆို ပြည်နယ်သို့ အလုပ်ရှင်တစ်ဦးချင်းစီမှ အကြောင်းကြားထားသော အချက်အလက်အပါအဝင် ဤခရက်ဒစ် လွှဲပြောင်းမှု၊ အလုပ်အကိုင် မှတ်တမ်းများ အခြေအနေ၊ ပြည်နယ် အလုပ်ခန့်ထားမှု လုံခြုံရေး အေဂျင်စီမှတ်တမ်းများ အပါအဝင် ဝင်ငွေမှတ်တမ်းကိုပါ လုပ်ပိုင်ခွင့် လွှဲအပ်သည်။ လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းသည် ဤအကြောင်းလုပ်ဆောင်မှုအတွက်သာ သီးသန့် ဖြစ်ပြီး အကယ်၍ ပြည်နယ်ဥပဒေမှ မကန့်သတ်ထားပါက လျှောက်ထားသူ၏ ဤသဘောတူညီချက်ကို စတင်လုပ်ဆောင်သည့်နေ့မှစ၍ 365 ရက်အတွင်းသာ သက်ရောက်မှုရှိပါသည်။ ဥပဒေကန့်သတ်ချက်တွင် လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းသည် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်း အများဆုံး 365 ရက်ထက် မကျော်ရပါ။ ထပ်မံ၍ ကျွန်ုပ်/ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်၏ ယခင်နှင့် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်ကိုင်မှု ဝင်ငွေ မှတ်တမ်းများ၊ အတိတ်နှင့်လက်ရှိ အလုပ်လုပ်ကိုင်မှု အခြေအနေ၊ ဘဏ် စာရင်းများ၊ စတော့ပိုင်ဆိုင်ထားမှုများနှင့် အခြား လက်ဝယ် ပိုင်ဆိုင်မှုထားမှုများကို လိုအပ်သလို အတည်ပြုစစ်ဆေးနိုင်ရန် BMC၊ ၎င်း၏ ကိုယ်စားလှယ်များ သို့မဟုတ် တာဝန်ပေးအပ်ထားသူများကို လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ပါသည်။ ထို့အပြင် ကျွန်ုပ်/ ကျွန်ုပ်တို့သည် လိုအပ်သလို သုံးစွဲသူ၏ အကြောင်းကိစ္စ အစီရင်ခံစာကို ကြည့်ရန်နှင့် အခြားအကြောင်းအချက်အလက်များကို အတည်ပြုနိုင်ရန် BMC၊ ၎င်း၏ ကိုယ်စားလှယ်များ သို့မဟုတ် တာဝန်ပေးအပ်ထားသူများကို လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ပါသည်။ (လက်မှတ်ရေးထိုးထားသူ၏) ဤလုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲပြောင်းမှုစာချုပ်၏ ဓာတ်ပုံ သို့မဟုတ် ကာတွန်မိတ္တူကို မူရင်းအဖြစ်မှတ်ယူ လက်ခံနိုင်ပါသည်။ အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေနှင့် အာမခံမှုအခြေအနေများ တစ်စုံတစ်ရာနှင့်အားလုံး ပြောင်းလဲမှုများ ရှိပါက လုပ်ငန်းကာလ 10 ရက်အတွင်း သတင်းပို့ရန်မှာ လျှောက်ထားသူ၏ တာဝန်ဖြစ်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်

ရက်စွဲ-

လျှောက်ထားသူ၏အိမ်ထောင်ဖက် လက်မှတ်

ရက်စွဲ-