BRONSON

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာ

Bronson Healthcare Group ဆေးရုံလူနာ ငွေစာရင်းဌာနထံသို့ လိပ်မူ- SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

ရက်စွဲ- ___________________

လေးစားရပါသော လူနာ/လျှောက်ထားသူ၊

Bronson Healthcare ငွေကြေးအထောက်အပံ့ကို သင်စိတ်ဝင်စားသည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ငွေကြေးအထောက်အပံ့အတွက် လျှောက်လွှာကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးထားပါသည်။ အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များသည် သင့်ထံမှလိုအပ်သော စိစစ်အတည်ပြုရမည့်အရာများအား ဆောင်ရွက်ရန်စာရင်း ဖြစ်ပါသည်။ အိမ်ထောင်သည်ဖြစ်လျှင် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်အတွက် အထောက်အထားများကိုလည်း တစ်ပါတည်း သေသေချာချာ ထည့်သွင်းပေးပါ။ လျှောက်လွှာနှင့်အတူ သင့်အိမ်ထောင်၏ ဝင်ငွေ စိစစ်အတည်ပြုချက်နှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်မှန်သမျှ ပိုင်ဆိုင်ထားသည့် ပိုင်ဆိုင်မှုများ၏ စိစစ်အတည်ပြုချက်ကို ပေးအပ်ရန်လိုပါသည်။ ဖြည့်စွက်ပြီးသော လျှောက်လွှာနှင့်အတူ တောင်းခံထားသော စာရွက်စာတမ်းများအား အထက်ဖော်ပြပါ လိပ်စာသို့ဖြစ်စေ patientbilling@bronsonhg.org သို့ အီးမေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ ပြန်လည်ပေးပို့ပါ။

ဝင်ငွေအထောက်အထားအတွက် နမူနာများမှာ ဤသည်တို့ဖြစ်ပါသည်-

- YTD ဝင်ငွေစုစုပေါင်းကို ဖော်ပြထားသည့် နောက်ဆုံးလစာဖြတ်ပိုင်း၏ မိတ္တူ သို့မဟုတ် ယင်းအချက်အလက်များအား ဖော်ပြထားသည့် အလုပ်ရှင်ထံမှ အတည်ပြုလက်မှတ်ရေးထိုးထားသော စာနှင့်/သို့မဟုတ် ယခင်နှစ်၏ အခွန်ကြေညာလွှာ*။
- ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ကိုင်လျှင် နောက်ဆက်တွဲဇယားအားလုံးပါဝင်သည့် ပုဂ္ဂလိကလုပ်ငန်းအတွက် အခွန်ကြေညာလွှာနှင့် ယခင်နှစ်အတွက် ဝင်ငွေခွန် ကြေညာလွှာ။
- အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်လျှင် ယနေ့ထက်တိုင် နှစ်အားလုံးအတွက် အလုပ်လက်မဲ့ ချက် ဖြတ်ပိုင်းများ သို့မဟုတ် ယနေ့ထက်တိုင် ဝင်ငွေစုစုပေါင်းကို ပြသနေသည့် ပြည်နယ် ဝဘ်ဆိုက်မှ ပရင့်ထုတ်ထားသော စာရွက် သို့မဟုတ် အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အကျုံးမဝင်ကြောင်း ပြသသည့် ငြင်းဆိုစာ။
- လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိထားလျှင် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏကို ပြသနေသည့် စာ၏ မိတ္တူတစ်စောင်။
- မည်သည့်ဝင်ငွေကိုမျှ မရရှိထားလျှင် လျှောက်လွှာ၏ နောက်ဆုံးစာမျက်နှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားရမည့် လူနာအတွက် အခြေခံလိုအပ်ချက်များ ပြည့်မြောက်စေရန် ထောက်ပံ့ပေးနေသူတစ်ဦးထံမှ ထောက်ပံ့မှုဖော်ပြချက်။
- ကလေးစရိတ်အထောက်အပံ့ကို ရရှိနေပါက လက်ရှိ တရားရုံးစာရွက်စာတမ်း၏မိတ္တူ သို့မဟုတ် ပရင့်ထုတ်ထားသော တရားရုံးအကြံပေး၏ အတည်ပြုချက်။
- အခြားဝင်ငွေများ၏ သက်သေခံ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်း (ပင်စင်လစာ၊ VA ထောက်ပံ့ကြေးများ၊ ငှားရမ်းခ သို့မဟုတ် ပညာရေးဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ၊ အလုပ်သမား၏ နစ်နာကြေး၊ အစရှိသဖြင့်)။

*အလုပ်မရမီ လူနာအား ကူညီပေးခဲ့သူတစ်ဦးသည် ယခင်နှစ်က အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ပြီး ဖော်ပြရန် အခွန်ကြေညာလွှာမရှိလျှင် ထိုသူထံမှ ထောက်ခံစာတစ်စောင်ကို အခွန်ကြေညာလွှာအစား လက်ခံနိုင်သည်။

ပိုင်ဆိုင်မှုအထောက်အထားအတွက် နမူနာများမှာ ဤသည်တို့ဖြစ်ပါသည်-

- လက်ရှိ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ (စုငွေစာရင်းနှင့် စာရင်းရှင်ငွေစာရင်း)

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။

- စတော့ရှယ်ယာများ၊ ငွေတိုက်စာချုပ်များ၊ နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေတို့အပါအဝင် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ
- CD(များ) သို့မဟုတ် ငွေကြေးဈေးကွက် အကောင့်များ
- HSA/FSA အကောင့်များ
- မိုဘိုင်း/အွန်လိုင်းငွေပေးချေ ဝန်ဆောင်မှုများ

ငွေကြေး အထောက်အပံ့အတွက် အပြီးသတ် ဆုံးဖြတ်ချက်မချမီ Bronson Healthcare Group သည် သင့်ထံမှ နောက်ထပ်အထောက်အထားများကို တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ၎င်းတွင် ဤသည်တို့သာမက အခြားအရာများလည်း ပါဝင်နိုင်သည်၊ Medicaid ငြင်းပယ်လွှာ၊ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ၊ ပိုင်ဆိုင်မှုသက်သေ၊ ယခင်နှစ်၏ အခွန်ကြေညာလွှာ၊ နေထိုင်ကြောင်း သက်သေနှင့် လျော်ကြေး ထုတ်ပြန်စာများနှင့်/ သို့မဟုတ် တစ်ကိုယ်ရေ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုနှင့်/ သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ရရှိမှုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် လျော်ကြေးများမှ ဝင်ငွေ။

ငွေကြေး အထောက်အပံ့ အစီအစဉ်အတွက် ထည့်သွင်းစဉ်းစားခံရရန် ပူးတွဲထည့်သွင်းထားသည့် လျှောက်လွှာ၏ စာမျက်နှာနှစ်ခုစလုံးကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်ပြီး "ဝင်ငွေနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု" အပိုင်းတွင် ဖော်ပြထားသော သင်နှင့် (သက်ဆိုင်လျှင်) သင့်အိမ်ထောင်ဖက်နှင့်ပတ်သက်သော တောင်းဆိုထားသည့် အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများကို ထည့်သွင်းပါ။ စာကြောင်းများအားလုံးကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်ရမည်။ လျှောက်လွှာကို သင်တင်သွင်းပြီးနောက် Bronson သည် နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို လိုအပ်သည်ဟု ဆုံးဖြတ်ပါက လိုအပ်သည့်အရာများကို အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသည့် စာတစ်စောင်ကို သင်လက်ခံရရှိမည်။ ဖြည့်သွင်းရေးသားထားသည့် လျှောက်လွှာအား Bronson ရရှိပြီး ရုံးဖွင့်ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကို စာဖြင့် သင့်အား အသိပေးလိမ့်မည်။ အစီအစဉ်တွင် Bronson Healthcare Group မှ ပံ့ပိုးပေးသော အရေးပေါ်နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်သည်။ အစီအစဉ်တွင် အခြားပံ့ပိုးသူများထံ သင်ပေးရန်ရှိသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ပါဝင်နိုင်သည် သို့မဟုတ် မပါဝင်နိုင်ပါ၊ ၎င်းတို့ ကမ်းလှမ်းနိုင်သည့် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ အစီအစဉ်များကို ကြည့်ရန် ၎င်းတို့အား တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ပါ။ တရားရုံး ကုန်ကျစရိတ်များ၊ အမှုဝန်ဆောင်ခများ၊ အတိုးနှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေကောက်ခံရေး အေဂျင်စီများအနက် တစ်ခုခုမှ ရှေ့နေစရိတ်များသည် ဤအစီအစဉ်တွင် မပါဝင်ပါ သို့မဟုတ် ဤအစီအစဉ်က ၎င်းတို့ကို မပေးဆောင်ပါ။

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာ

Bronson Healthcare Group ဆေးရုံလူနာ ငွေစာရင်းဌာနထံသို့ လိပ်မူ- SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

အပိုင်း တစ်- တာဝန်ရှိသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဆိုင်ရာ အချက်အလက်

တာဝန်ရှိသူ (အာမခံပေးသူ) အချက်အလက်-

အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး________________________ အစစာလုံး___________________________ အမည်အလယ်စာလုံး အတိုကောက် _____

မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ ___________________________ အာမခံပေးသူ #၊ MRN သို့မဟုတ် အကောင့် # ______________________________________

စာပို့လိပ်စာ ____ မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ် ____

ဖုန်းနံပါတ် ______________________ လူမှုဖူလုံရေး # ____________________ တရားဝင် အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ ____________________

- အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင် တရားဝင်နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား။ (ဝိုင်းပြရန်) ဟုတ်၊ မဟုတ်
- သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ (ဝိုင်းပြရန်) ရှိ၊ မရှိ

အလုပ်ရှင် ____ အလုပ်ရှင် (အိမ်ထောင်ဖက်) ____

သင်၏ အလုပ်အကိုင်မှာ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပြရန်)- အချိန်ပြည့်၊ အချိန်ပိုင်း၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်၊ အငြိမ်းစား၊ အလုပ်လက်မဲ့၊ မသန်စွမ်း
တစ်မျိုးချင်းစီအတွက် လိုအပ်သည်များကို မျက်နှာဖုံးစာမျက်နှာတွင် ကြည့်ရှုပါ

သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၏ အလုပ်အကိုင်မှာ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပြရန်)- အချိန်ပြည့်၊ အချိန်ပိုင်း၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်၊ အငြိမ်းစား၊ အလုပ်လက်မဲ့၊ မသန်စွမ်း

အာမခံအချက်အလက်

အာမခံအမည် ____ စာရင်းသွင်းသူအမည် _______________________________________

စာရင်းသွင်းသူ အိုင်ဒီ ____________________________________ အဖွဲ့____________________
စတင်သည့်ရက်စွဲ______________________

(တာဝန်ရှိသူမဟုတ်ပါက) လူနာ၏အချက်အလက်-

အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး__________________________ အစစာလုံး________________________ အမည်အလယ်စာလုံး အတိုကောက် ____

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။

BRONSON

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာ

Bronson Healthcare Group ဆေးရုံလူနာ ငွေစာရင်းဌာနထံသို့ လိပ်မူ- SP

601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ ______________________________ လူနာနှင့် သင်၏ တော်စပ်ပုံ

____

အိမ်ထောင်စုဆိုင်ရာ အချက်အလက်-

(သင့်အိမ်တွင် နေထိုင်သည့် အရင်းဆုံး အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။ ဤနေရာတွင် မိသားစုဆိုသည်မှာ IRS 1040 တွင် ဖော်ပြထားသည့် လူနာ၏ အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် လူနာထံတွင် မှီခိုနေသူများ ပါဝင်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာ တင်သွင်းသည့်ရက်စွဲတွင် မှီခိုသူများသည် အသက် 18 နှစ်အထက် ဖြစ်ပါက မှီခိုသူအခြေအနေကို ဖော်ပြရန် IRS 1040 ကို တောင်းခံပါသည်။)

အမည် _____________________________________ မွေးဖွားသည့် ရက်စွဲ _________________ အာမခံသူနှင့် တော်စပ်ပုံ

____

အမည် _____________________________________ မွေးဖွားသည့် ရက်စွဲ _________________ အာမခံသူနှင့် တော်စပ်ပုံ

____

အမည် _____________________________________ မွေးဖွားသည့် ရက်စွဲ _________________ အာမခံသူနှင့် တော်စပ်ပုံ

____

အမည် _____________________________________ မွေးဖွားသည့် ရက်စွဲ _________________ အာမခံသူနှင့် တော်စပ်ပုံ

____

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာ

Bronson Healthcare Group ဆေးရုံလူနာ ငွေစာရင်းဌာနထံသို့ လိပ်မူ- SP

601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

အပိုင်း နှစ်- ဝင်ငွေနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

ဝင်ငွေရင်းမြစ်/လစဉ်	**တာဝန်ရှိသူ (အာမခံပေးသူ)**	**အိမ်ထောင်ဖက်/အခြား**
လုပ်အားခများ	____________	____________
ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း	____________	____________
ကလေးစရိတ် သို့မဟုတ် လင်/မယားစရိတ်	____________	____________
လူမှုဖူလုံရေး/ပင်စင်လစာများ	____________	____________
အလုပ်လက်မဲ့ ချီးမြှင့်ငွေ/အလုပ်သမားများ၏ နစ်နာကြေး	____________	____________
စစ်မှုထမ်းဟောင်းများအတွက် ထောက်ပံ့ကြေး	____________	____________
အခြားဝင်ငွေ	____________	____________
လစဉ်ဝင်ငွေ စုစုပေါင်း	____________	____________

ပိုင်ဆိုင်မှုများ	**တာဝန်ရှိသူ (အာမခံပေးသူ)**	**အိမ်ထောင်ဖက်/အခြား**
ငွေသား/စုငွေစာရင်း/စာရင်းရှင်ငွေစာရင်းများ	____________	____________
စတော့ရှယ်ယာများ/ငွေတိုက်စာချုပ်များ/နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ	____________	____________
CD(များ)/ငွေကြေးဈေးကွက်	____________	____________
HSA/FSA အကောင့်	____________	____________
မိုဘိုင်း/အွန်လိုင်းငွေပေးချေဝန်ဆောင်မှုများ	____________	____________

သက်သေခံခြင်း-

Bronson သို့ ကျွန်ုပ်တင်သွင်းထားသော အချက်အလက်ကို စစ်ဆေးအတည်ပြုလိမ့်မည်ဟု နားလည်သိရှိပါသည်။ လိုအပ်လျှင် ကျွန်ုပ်၏ အကြွေးစာရင်းကို ဝင်ကြည့်ရန် Bronson Healthcare Group ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုထားသည်။ အကျုံးဝင်မှုအတွက် ဆုံးဖြတ်ရာတွင် လိုအပ်လျှင် ပိုင်ဆိုင်မှုအထောက်အထား၊ ဘဏ်စာရင်းများ သို့မဟုတ် Medicaid ငြင်းပယ်စာကဲ့သို့ နောက်ထပ် အချက်အလက်များကို Bronson Healthcare Group က တောင်းခံလာနိုင်သည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ တောင်းဆိုထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများကို

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာ

Bronson Healthcare Group ဆေးရုံလူနာ ငွေစာရင်းဌာနထံသို့ လိပ်မူ- SP

601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

ကျွန်ုပ်မဖော်ပြနိုင်လျှင် ဤလျှောက်လွှာကို ငြင်းပယ်နိုင်သည်။ ငွေပေးချေမှုကို ရရှိလာလျှင် Bronson Healthcare Group သည် မည်သည့် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုကိုမဆို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်အား လက်ဝယ်ထားရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာကို သေချာစွာ ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကာ ကျွန်ုပ်ဖော်ပြထားသော ဤအချက်အလက်များအားလုံး မှန်ကန်ပါသည်။

______________________________ ____________ ________________

ငွေရေးကြေးရေးအရ တာဝန်ရှိသူ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ

______________________________ ____________

အိမ်ထောင်ဖက်၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ

မှတ်ချက်များ____

____

____

____

____

____

____

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။

BRONSON

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာ

Bronson Healthcare Group ဆေးရုံလူနာ ငွေစာရင်းဌာနထံသို့ လိပ်မူ- SP

601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

လစဉ်ဝင်ငွေမှာ $0 ဖြစ်ကြောင်း သင် အစီရင်ခံထားပါက သင် နှင့်/သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုအတွက် ကူညီပေးနေသူ(များ) ကို ထောက်ပံ့မှုဖော်ပြချက်အား ဖြည့်စွက်စေပါ။

ထောက်ပံ့မှုဖော်ပြချက်

(လျှောက်ထားသူကို ထောက်ပံ့ပေးနေသည့် ပုဂ္ဂိုလ်က ဖြည့်စွက်ရန်)

လက်ရေးဆက်မဟုတ်ဘဲ လုံးချင်းရေးသားထားသော အမည်အပြည့်အစုံ- ____________________

လိပ်စာ- ____

____

မွေးသက္ကရာဇ်- ________________ ဖုန်းနံပါတ် (______) ____________________

လျှောက်ထားသူကို ကျွန်ုပ် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးအပ်သည်ဟု အတည်ပြုပါသည်။ လျှောက်ထားသူကို ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အထောက်အပံ့များ၏ စာရင်းမှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်ပါသည်။

- ❑ အိမ်ရာအထောက်အပံ့ (အိမ်ငှားခ/အပေါင်စာချုပ်ဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးသည် သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူသည် ကျွန်ုပ်နှင့်အတူ နေထိုင်သည်)
- ❑ ရေ/မီး အခြေခံဝန်ဆောင်မှုများ အထောက်အပံ့
- ❑ ကုန်မျိုးစုံပစ္စည်းများ အထောက်အပံ့
- ❑ အခြားအထောက်အပံ့ ____

____

____

အထက်ပါအချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် သိရှိသမျှအတိုင်းအတာအရ မှန်ကန်၊ တိကျကြောင်း ဤနေရာမှတစ်ဆင့် အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ရေးထိုးလိုက်လျှင် လျှောက်ထားသူ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စရိတ်စကများအတွက် ကျွန်ုပ်ထံတွင် တာဝန်ရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း နားလည်သိရှိပါသည်။

လက်မှတ်- ____

အသေးစိတ်သိလိုလျှင် သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Bronson ငွေတောင်းခံရေးဌာန ဖုန်းနံပါတ် 269-341-6117 သို့မဟုတ် 800-699-6117 သို့ တနင်္လာ-သောကြာ မနက် 8:30 မှ ညနေ 5:30 အတွင်း ဆက်သွယ်ပေးပါ။