



ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာ
 Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့
 လူနာငွေစာရင်း လိပ်မှရန် - SP
 601 John Street, Box J
 Kalamazoo, MI 49007
 1-800-699-6117

ရက်စွဲ - _____

တာဝန်ခံအဖွဲ့၏ အချက်အလက်များ		
ပထမအမည်	နောက်ဆုံးအမည်	HAR/တာဝန်ခံအဖွဲ့

လေးစားအပ်ပါသော လျှောက်ထားသူခင်ဗျား

Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ငွေကြေးထောက်ပံ့အပူအပေါ် စိတ်ဝင်စားသည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်လွှာအား ပူးတွဲထည့်ပေးလိုက်ပါသည်။ အောက်ပါအချက်အလက်များသည် သင့်ထံမှ လိုအပ်သည့်အရာများအား မှန်ကန်ကြောင်းစစ်ဆေး ရမည့်အရာများအား တိုက်စစ်ဆေးရန် စာရင်းပြုစုထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ အိမ်ထောင်ရှိပါက သင့်အိမ်ထောင်ဘက်အတွက်ပါ မှန်ကန်ကြောင်း စစ်ဆေးရန် အချက်အလက်များကို သေချာထည့်သွင်းပေးပါ။ သင့်အခြေအနေနှင့် သက်ဆိုင်မှုရှိ သို့မဟုတ် မရှိအပေါ် မူတည်၍ အချက်အလက်တစ်ခုချင်းစီအတွက် **ဟုတ်ပါသည်** သို့မဟုတ် **မဟုတ်ပါ** ဟု အကွက်တစ်ခုခုထဲတွင် အမှတ်ခြစ်ပေးပါ။

ဟုတ်ပါသည်	မဟုတ်ပါ။	မှန်ကန်ကြောင်းစစ်ဆေးရန် လိုအပ်သော အချက်အလက်များအား ရှင်းလင်းတင်ပြချက်
		၄ ပတ်အတွင်း ဝင်ငွေနှင့် YTD ဝင်ငွေအပြည့်အစုံကို ပြသနေသော မကြာမီကရရှိခဲ့သည့် လစာငွေဖြတ်ပိုင်း(များ) သို့မဟုတ် ထိုအချက်အလက်များကို ဖော်ပြနေသော အလုပ်ရှင်မှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် အတည်ပြုချက်လွှာ
		မိမိကိုယ်ပိုင် အလုပ်လုပ်သောသူဖြစ်လျှင် လုပ်ငန်းစဉ်အားလုံးအပါအဝင် ယခင်နှစ်မှ တစ်ကိုယ်ရည်ဝင်ငွေစာရင်းနှင့် ကိုယ်ပိုင်စီးပွားရေးအတွက် ဝင်ငွေစာရင်း
		အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်နေပါက နှစ်အလိုက် အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်နေချိန်မှ လက်ရှိ အချိန်အထိ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ကြောင်း ချက်လက် မှတ်များ သို့မဟုတ် လက်ရှိအချိန်ထိ နှစ်အလိုက် ဝင်ငွေကို ဖော်ပြနေသော နိုင်ငံတော်ဝန်ဆောင်မှု ပရင့်ထုတ်ထားသော သို့မဟုတ် အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်ခြင်းကိုက်ညီခြင်းမရှိပါကြောင်း ဖော်ပြထားသည့် ငြင်းပယ်ကြောင်း အထောက်အထားလိုအပ်ပါသည်။
		အကယ်၍လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များကို ရယူနေလျှင် ချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်း၊ ပေးသွင်းငွေပမာဏကိုဖော်ပြသော ဘဏ်ငွေရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် လစဉ်အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဖော်ပြပေးသည့်စာမိတ္တူတို့အား ပြသရမည်။
		အခြားသော ဝင်ငွေများ (ကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ကြေး၊ ပင်စင်၊ VA ခံစားခွင့်များ၊ ငှားရမ်းခ သို့မဟုတ် ပညာရေးဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ၊ အလုပ်သမား နှစ်နာကြေး အစရှိသည်ဖြင့်) အား Bronson ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် အတိုင်း လိုအပ်ပါသည်။
		လူသားအရင်းမြစ်ဌာနမှ ဝင်ငွေနည်းမိသားစုများအတွက် ကျန်းမာရေးအထောက်အပံ့ပေးရန် ငြင်းဆိုမှုစာ
		အခြား - _____

Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့အနေနှင့် နောက်ဆုံး ငွေကြေးထောက်ပံ့ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ခြင်းမပြုမီ သင့်ထံမှ နောက်ဆက်တွဲ စာရွက်စာတမ်းများကို တောင်းခံပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ၎င်းတို့ထဲတွင် Medicaid ငြင်းပယ်စာ၊ ဘဏ်ရှင်းတမ်း၊ ပစ္စည်းဥစ္စာပိုင်ဆိုင်မှု သက်သေ၊ ယာဉ်မောင်း လိုင်စင် သို့မဟုတ် နိုင်ငံတော်မှထုတ်ပေးထားသော မှတ်ပုံတင်နှင့် ကိုယ်ခန္ဓာထိခိုက်မှုနှင့်/ သို့မဟုတ် မတော်တဆမှုနှင့်သက်ဆိုင်သော လျော်ကြေး တောင်းခံမှုနှင့်/ သို့မဟုတ် ဝင်ငွေ ဖော်ပြချက်အပါအဝင် အခြားသော အရာများလည်း အပါအဝင်ဖြစ်ပါသည်။

သင့်အတွက် အဆင်ပြေစေရန် စာပို့ခပေးဆောင်ပြီးဖြစ်သော စာအိတ်ကို ပေးထားပါသည်။

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

အသေးစိတ် သိရှိလိုခြင်း သို့မဟုတ် အကူအညီလိုအပ်ခြင်းရှိပါက Bronson ငွေတောင်းခံလွှာထုတ်ပေးရေးဌာနသို့ ၂၆၉-၃၄၁-၆၁၁၇ သို့မဟုတ် ၁-၈၀၀-၆၉၉-၆၁၀၇ အား တနင်္လာ-သောကြာ နံနက် ၈:၃၀ မှ ညနေ ၅:၃၀ အထိ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။