

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် ထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်းခံရရန် ပူးတွဲပါလျှောက်လွှာ၏ စာမျက်နှာ နှစ်မျက်နှာလုံးကို ဖြည့်စွက်ပြီး သင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဘက် (ရှိပါက) နှင့်သက်ဆိုင်သော တောင်းခံထားသည့်ဝင်ငွေအထောက်အထားများကို စာရင်းပြုစုထား သော "ဝင်ငွေ" ကဏ္ဍတွင် ထည့်သွင်းပေးရမည်။ သင်မှ လျှောက်လွှာအား တင်သွင်းခဲ့ပြီး Bronson မှ နောက်ထပ်အချက်လက်များ လိုအပ်သေးသည်ဟု ဆုံးဖြတ်ပါက လိုအပ်သည့် အချက်လက်များကို အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသော စာကို လက်ခံရရှိပါလိမ့်မည်။ Bronson မှ ဖြည့်စွက်ထားသောလျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ ရုံးဖွင့်ရက် ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်း သင့်အား စာရေးသားပေးသွားမည်ဖြစ်သည်။ ဤအစီအစဉ်တွင် Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့မှ ပံ့ပိုးပေးထားသော အရေးပေါ်နှင့် ဆေးပညာအရ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ဤအစီအစဉ်မှ သင့်အနေဖြင့် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့စည်းများမှ ရယူထားသော ဆေးဝါးကုန်ကျစရိတ်များကို ထောက်ပံ့ပေးသွားနိုင်သကဲ့သို့ မထောက်ပံ့ပေး၍လည်း နေနိုင်ပါသည်။ ယင်းကျန်းမာရေးထောက်ပံ့သူများတွင် မည်သည့်ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအစီစဉ်များရှိကြောင်း သိရှိရန် ၎င်းတို့အား တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ပါ။ ကျွန်ုပ်တို့၏ကောက်ခံရေးဌာနများအနက် တစ်ရပ်မှ ကောက်ခံသော တရားရုံးကုန်ကျစရိတ်၊ အမှုဖွင့်ကြေး၊ အတိုးနှင့် ရှေ့နေကြေးများကို ဤထောက်ပံ့ရေးအစီစဉ်တွင် အကျုံးဝင်မည် သို့မဟုတ် ပေးချေသွားမည်မဟုတ်ပါ။

သင့်တွင် လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းစရာတစ်စုံတစ်ရာ ရှိပါက သို့မဟုတ် ယင်းအား ဖြည့်စွက်ရန် အကူညီလိုပါက Bronson ငွေကောက်ခံရေးဌာနသို့ ဖုန်း ၂၆၉-၃၄၁-၆၁၀၇ သို့မဟုတ် ၁-၈၀၀-၆၉၉-၆၁၀၇ ဖြင့် တန်လာနေမှ သေကြာနေအထိ မနက် ၈:၃၀ မှ ညနေ ၅:၃၀ အထိ ဆက်သွယ်ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာအား ပေးထားသည့် စာအိတ်ဖြင့် အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပြန်လည်ပေးပို့ပေးပါ -
Bronson Methodist Hospital
Patient Accounting Attn: SP
601 John St, Box J
Kalamazoo, MI 49007

ကဏ္ဍတစ် - လူနာနှင့်ဆိုင်သော အချက်လက်များ
 ဖွားသောစာရင်းများ၊ အာမခံဆိုင်ရာအချက်လက်များနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး အောက်ပါ အချက်လက်များအားလုံးကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ငွေစာရင်းနံပါတ် - _____ ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် _____
 _____ . နေ့(များ) - _____

အမည် - _____
 _____ နောက်ဆုံးအမည် _____ ပထမအမည် _____ အလယ်အမည် _____

လိပ်စာ - _____ မြို့ - _____ စီရင်စု - _____
 _____ အိမ်အမှတ်နှင့် လမ်း _____

နေထိုင်ရာ ပြည်နယ် - _____ စာတိုက် လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် - _____ / _____ / _____ မွေးသက္ကရာဇ် - _____ / _____ / _____
 ကုန်နံပါတ် - _____

အိမ်ထောင်ရေး အိမ်ထောင်မရှိ အိမ်ထောင်ရှိ ကွာရှင်း အိမ်ဖုန်း - _____ (_____)
 အခြေအနေ - _____

သင်သည် ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ။ အခြားဖုန်း - _____ (_____)
 တရားဝင်အမေရိကန်နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။

အလုပ်ရှင်အမည် - _____ လူနာ အိမ်ထောင်ဖက် အခြား
 အလုပ်ရှင်အမည် - _____ လူနာ အိမ်ထောင်ဖက် အခြား

သင် ဝန်ဆောင်မှု ရယူသည့်အချိန်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ (ကျန်းမာရေးထောက်ပံ့ငွေအပြင်) ရှိပါသလား။ ရှိပါက သင့်၏ကျန်းမာရေးအာမခံဆိုင်ရာ အချက်လက်များနှင့် အာမခံကတ်ပြားမိတ္တူကိုပါ တစ်ပါတည်းဖော်ပြပေးပါ။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ။

အာမခံအမည် - _____ အာမခံ သက်ရောက်သည့် နေ့စွဲ - _____ / _____ / _____

ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ အမည် - _____ ဝန်ဆောင်မှုရ ရယူသူ၏ အိုင်ဒီ - _____ အဖွဲ့နံပါတ် - _____

ကဏ္ဍ နှစ် - အိမ်ထောင်စု

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်အိမ်တွင်နေထိုင်သော အနီးစပ်ဆုံး မိသားစုဝင်များ အားလုံးအတွက် အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးပါ။

- ဤရည်ရွယ်ချက်များနှင့်စပ်လျဉ်း၍ မိသားစုတွင် လူနာ၏ အိမ်ထောင်နေထိုင်သော လူနာ၏ အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် အသက် ၁၈ နှစ်အောက် (အရင်း သို့မဟုတ် မွေးစား) ကလေးများ ပါဝင်ရမည်ဖြစ်သည်။

- ကလေးငယ်(များ) မှာ အသက် 18 နှစ် ကျော်လွန်ပြီး လက်ရှိနှစ်အခွန်များကို တောင်းဆိုနေပါက ကလေးငယ် (များ) ကို စာရင်းသွင်းထားနိုင်သည်။ သက်သေအထောက်အထား ပြရန်အတွက် အခွန်များကို ထည့်သွင်းပေးရမည်။

မိသားစုဝင် အမည်(များ)	မွေးသက္ကရာဇ်	လူနာနှင့် တော်ပုံစံ
၁။ _____		
၂။ _____		
၃။ _____		
၄။ _____		
၅။ _____		
၆။ _____		

ကဏ္ဍ သုံး - ဝင်ငွေ

သင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် အခြားမိသားစုဝင်များအားလုံးနှင့် သက်ဆိုင်သော ဝင်ငွေအသီးသီးတို့၏အထောက်အထားများကို အောက်ပါအတိုင်း ဖော်ပြပေးပါ။

ဝင်ငွေ ရင်းမြစ်	လက်ရှိ လစဉ်အသားတင် ဝင်ငွေ - လူနာ	လက်ရှိ လစဉ်အသားတင် ဝင်ငွေ - အိမ်ထောင်ဖက်/အခြား	စုစုပေါင်း လစဉ်မိသားစု ဝင်ငွေ	ဝင်ငွေအထောက်အထား (အောက်ပါ အကျိုးဝင်သော ဝင်ငွေရင်းမြစ်များအတွက်)
လုပ်ခများ	\$	\$	\$	အနည်းဆုံး ရက်သတ္တပတ် ၄ ပတ် ဝင်ငွေများကို ဖော်ပြပေးနေသော မကြာမီကရရှိသည့် လစာငွေဖြတ်ပိုင်း(များ) နှင့် လက်ရှိအချိန်အထိ တစ်နှစ်လုံးဝင်ငွေကို ဖော်ပြပေးနေသော လစာငွေဖြတ်ပိုင်း(များ) သို့မဟုတ် ဤအချက်အလက်များအား ရေးသွင်းထားသည့် အလုပ်ရင်(များ)မှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော အတည်ပြုလွှာ
မိမိကိုယ်ပိုင် လုပ်ငန်း	\$	\$	\$	လုပ်ငန်းစဉ်များအားအပါအဝင် ပြီးခဲ့သည့်နှစ်မှ တစ်ကိုယ်ရည် ဝင်ငွေစာရင်းနှင့် စီးပွားရေးဝင်ငွေစာရင်း မိတ္တူ
ကလေးထောက်ပံ့ကြေး သို့မဟုတ် ကာရင်ပြီးအိမ်ထောင်ဖက် အတွက် ထောက်ပံ့ကြေး	\$	\$	\$	လက်ရှိ တရားရုံးစာရွက်စာတမ်း မိတ္တူ၊ တရားစီရင်ဆုံးဖြတ်ချက်အား စိတ်ဝင်တစားလုပ်ဆောင်သူထံမှ ပရင့်ထုတ်ထားသော အတည်ပြုစာ သို့မဟုတ် လက်ရှိအချိန်အထိ သတ်မှတ်နှစ်အလိုက် ဝင်ငွေအား မှတ်တမ်းတင်ထားသော ချက်လက်မှတ်မိတ္တူ/ဘဏ်ရှင်းတမ်း
လူမှုဖူလုံရေး/ဝင်ငွေထောက်ပံ့ကြေးများ	\$	\$	\$	လစဉ်အပ်နှံငွေကို ပြသသည့် အကျိုးခံစားခွင့်စာ၊ ချက်လက်မှတ် ဖြတ်ပိုင်း(များ) သို့မဟုတ် ဘဏ်ရှင်းတမ်းမိတ္တူ
အစုပေါ် အမြတ်၊ အတိုး၊ ငှားရမ်းခဝင်ငွေ	\$	\$	\$	အစုပေါ် အမြတ်/အတိုးရှင်းတမ်း၊ ငှားရမ်းခဝင်ငွေရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် အစုပေါ် အမြတ်၊ အတိုး သို့မဟုတ် ငှားရမ်းခဝင်ငွေကို ဖော်ပြထားသော ယမန်နှစ်မှ ဝင်ငွေစာရင်းမိတ္တူ
အလုပ်လက်မဲ့ကြေး၊ အလုပ်သမား နှစ်နာကြေး	\$	\$	\$	တစ်နှစ်တာ ငွေပေးချေမှုဖြတ်ပိုင်း(များ) ဖြင့် မှတ်တမ်းတင်ထား သော လက်ရှိအချိန်အထိ နှစ်အလိုက် အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့် များ သို့မဟုတ် လက်ရှိအချိန်အထိ နှစ်အလိုက် ဝင်ငွေဖော်ပြထား သော နိုင်ငံတော်ဝတ်ဆိုင်မှု ပရင့်ထုတ်ထားသော မှတ်တမ်း သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်နှင့် မကိုက်ညီပါကြောင်းဖော်ပြထားသော ငြင်းပယ်လွှာ၊ လက်ရှိအချိန်အထိ နှစ်အလိုက် ဝင်ငွေကိုဖော်ပြထား သော အလုပ်သမားနှစ်နာကြေး အကျိုးခံစားခွင့်စာ
စစ်မှုထမ်းဟောင်းများ အကျိုးခံစားခွင့်	\$	\$	\$	စစ်မှုထမ်းဟောင်းများ အကျိုးခံစားခွင့်စာ
အခြား ဝင်ငွေများ	\$	\$	\$	အခြားဝင်ငွေများအား ဖော်ပြပေးသော ဘဏ်ရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများ (ပညာရေးအခြေပြုဝင်ငွေ၊ ဝင်ငွေအမျိုးမျိုး စသည်)
စုစုပေါင်း	\$	\$	\$	

ဝင်ငွေ မရှိပါက အခြေခံ နေထိုင်ရေးလိုအပ်ချက်များကို မည်သို့ ဖြည့်စွမ်းနေရပြီး မည်သူမှ ထောက်ပံ့ပေးနေသည်ကို အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြပါ။

ကဏ္ဍ လေး - ပိုင်ဆိုင်မှုများ

သင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၊ အခြားမိသားစုဝင်များနှင့်သက်ဆိုင်သော ပိုင်ဆိုင်မှုများအားလုံးကို ဖော်ပြပေးပါ။

ပိုင်ဆိုင်မှု အမျိုးအစား	လူနာအတွက် လက်ရှိ ငွေလက်ကျန်	အိမ်ထောင်ဖက်/အခြားအတွက် လက်ရှိ ငွေလက်ကျန်
ဘဏ်ငွေစာရင်း - စုဆောင်းငွေများ	\$	\$
ဘဏ်ငွေစာရင်း - စစ်ဆေးခြင်း	\$	\$
စတော့ရှယ်ယာများ ၊ စာရင်းသေ ချေးငွေများ ၊ ရန်ပုံငွေများ	\$	\$
HAS/FSP ငွေစာရင်း	\$	\$
စုစုပေါင်း	\$	\$

ကဏ္ဍ ငါး - အထောက်အထားတင်ပြခြင်း

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါကဏ္ဍအား သေချာစွာဖတ်ရှုပြီး သတ်မှတ်ထားသည့်နေရာများတွင် လက်မှတ်ထိုး၍ နေ့စွဲတပ်ပါ။

ကျွန်ုပ်မှ Bronson သို့ တင်သွင်းသော အချက်အလက်များအား စိစစ်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ထားပါသည်။ လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်၏ငွေသုံးစွဲမှုအစီရင်ခံစာအား Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့မှ ကြည့်ရှုစစ်ဆေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့မှ သတ်မှတ်ချက်ပြည့် မီမှုရှိ/မရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် နောက်ထပ်အချက်အလက်များ ဥပမာ ပိုင်ဆိုင်မှု အထောက်အထားများ၊ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ကုန်ကျစရိတ်ထောက်ပံ့ရန် ငြင်းဆိုကြောင်းစာနှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းလာနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ထားပါသည်။ တောင်းခံထားသော စာရွက်စာတမ်းများအား ကျွန်ုပ် မထောက်ပံ့ပေးပါက ဤလျှောက်လွှာကို ပယ်ချကောင်း ပယ်ချနိုင်ပါသည်။ Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့မှ ငွေပေးချေမှုအား ပြုလုပ်သည့်အခါ မည်သည့်ပြင်ဆင်မှုမျိုးကိုမဆို ပြန်လည်ချေဖျက် လုပ်ဆောင်နိုင်သည့် အခွင့်ရရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် လျှောက်လွှာကို သေချာဖတ်ရှုခဲ့ပြီး ကျွန်ုပ်ဖော်ပြခဲ့သော အချက်အလက်များအားလုံး မှန်ကန်ပါသည်။

ငွေကြေးပိုင်းတာဝန်ရှိသောအဖွဲ့၏ လက်မှတ်	နေ့စွဲ	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (တစ်ကောင်ကြွက်မဟုတ်လျှင်)
အိမ်ထောက်ဖက် လက်မှတ်	နေ့စွဲ	