

Summa ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်လွှာတင်ခြင်းဆိုင်ရာ ဆောင်ရွက်ဖွယ်စာရင်း-

သင့်ငွေကြေးအကူအညီလျှောက်လွှာနှင့်အတူ လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများကို ထည့်သွင်းထားကြောင်း သေချာစေရန် ဤဆောင်ရွက်ဖွယ်စာရင်းကို အသုံးပြုပါ။

လျှောက်လွှာတွင် “မိသားစု” ကဏ္ဍ၌ ဖော်ပြထားသော မိသားစုဝင်အားလုံးအတွက် ဓာတ်ပုံပါသည့် ID နှင့် ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုချက်ကို လိုအပ်ပါသည်။

အထောက်အထား-

- ☐ ဓာတ်ပုံပါသည့် ID/ယာဉ်မောင်းလိုင်စင်/ပတ်စ်ပို့
- ☐ အိုဟိုင်းယိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်း အထောက်အထား (ရေမီးအသုံးဝန်ဆောင်ခ၊ ကေဘယ်တီဗီခ၊ တယ်လီဖုန်းလိုင်းသုံးစွဲခ ငွေတောင်းခံလွှာ၊ အိမ်ရှင်ထံမှ အတည်ပြုစာ)

အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံအကာအကွယ် အထောက်အထား- စာရွက်စာတမ်းများကို လျှောက်လွှာနှင့်အတူ ပေးပို့ပါ။

- ☐ ကျန်းမာရေးအာမခံ (VA အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ Medicare၊ Medicaid၊ လုပ်ငန်းဆိုင်ရာ)
- ☐ အလုပ်သမားလျော်ကြေး
- ☐ မော်တော်ယာဉ်မတော်တဆမှု အာမခံအကာအကွယ်

ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုချက်- **လက်ခံသူ/ဝန်ထမ်း၏အမည်ကို ဖော်ပြထားရမည်**

အလုပ်လက်မဲ့၊ ဝင်ငွေ \$0။

- ☐ ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ 3 လအတွင်း အခြေခံ အစားအသောက်/နေရေးထိုင်ရေး လိုအပ်ချက်များကို မည်သို့ဖြည့်ဆည်းခဲ့ကြောင်း ဖော်ပြချက်။

အလုပ်လက်မဲ့၊ အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရယူနေသည်။

- ☐ ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ 3 လအတွင်း အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေးပေးမှု မှတ်တမ်း

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်/1099 (အောက်ပါတို့အနက်မှ တစ်ခုကို ပေးပို့ပါ)

- ☐ လုပ်ငန်းဝင်ငွေနှင့် ဆုံးရှုံးမှုဆိုင်ရာ ဖောင်ပုံစံ C နှင့် 1099 အပါအဝင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော နောက်ဆုံးအခွန်ကြေညာလွှာ (သက်တမ်းတိုးတင်ပြခြင်းဖြစ်ပါက ယခုနှစ် ဇွန်လမတိုင်မီအထိ လက်ခံထားသော ယခင်နှစ်၏ အခွန်ကြေညာလွှာ)
- ☐ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတစ်ယောက်မှ လစာပေးခြင်းဖြစ်ပါက အလုပ်ရှင်ထံမှ ဖော်ပြချက်နှင့် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ 6 လစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ

ပုံမှန်အလုပ်အကိုင်/W2 (အောက်ပါတို့အနက်မှ တစ်ခုကို ပေးပို့ပါ)

- ☐ အပတ်စဉ်လုပ်ခရရှိပါသလား။ ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ရရှိထားသော လစာဖြတ်ပိုင်း 12 ခု
- ☐ လုပ်ခကို တစ်လနှစ်ကြိမ် ပေးချေပါသလား။ ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ရရှိထားသော လစာဖြတ်ပိုင်း 6 ခု
- ☐ ငွေသား/ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ချက်လက်မှတ်ဖြင့် ပေးချေပါသလား။ သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာလွှာနှင့် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ 3 လစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ
- ☐ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော နောက်ဆုံးအခွန်ကြေညာလွှာ၊ W2 နှင့် ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ 3 လစာ ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ (သက်တမ်းတိုးတင်ပြခြင်းဖြစ်ပါက ယခုနှစ်ဇွန်လမတိုင်မီအထိ လက်ခံထားသော ယခင်နှစ်၏ အခွန်ကြေညာလွှာ)

အငြိမ်းစား

- ☐ လူမှုဖူလုံရေး အငြိမ်းစား ခံစားခွင့်များ သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ဝင်ငွေ အကျိုးခံစားခွင့်များ
လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲမှုအဖွဲ့ 1-800-772-1213 ကို ဖုန်းခေါ်ဆို၍ ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုစာတစ်စောင်ကို ရယူနိုင်သည်
- ☐ ပင်စင် သို့မဟုတ် အငြိမ်းစားအကောင်အထည် ယူခြင်းထုတ်ယူမှုများ (IRA၊ 401k၊ 403b)

အခြားဝင်ငွေအတည်ပြုချက်- **လက်ခံသူ၏ အမည်ကို ဖော်ပြထားရမည်**

- ☐ မယားစရိတ်
- ☐ ကလေးထောက်ပံ့ကြေး *လျှောက်ထားသူ/လူနာသည် ကလေးဖြစ်မှသာလျှင်*
- ☐ အခြား (ငှားရမ်းရာမှ ရရှိသောဝင်ငွေ စသည်)
- ☐ စစ်မှုထမ်းဟောင်း မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်းအတွက် လျော်ကြေးငွေ
- ☐ မသန်စွမ်းသူ သို့မဟုတ် ရှင်သန်ကျန်ရစ်သူအတွက် လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ
လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲမှုအဖွဲ့ 1-800-772-1213 ကို ဖုန်းခေါ်ဆို၍ ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုစာတစ်စောင်ကို ရယူနိုင်သည်



ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှောက်လွှာတင်ခြင်း

- အိုဟိုင်းယိုးပြည်နယ် ဆေးရုံစောင့်ရှောက်မှု အာမခံအစီအစဉ် (HCAP)
- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ငွေကြေးအကူအညီ အစီအစဉ်

အချက်အလက်အားလုံးကို အပြည့်အစုံ ဖော်ပြပေးပါ

လူနာအမည် (ပထမစာလုံး၊ နောက်ဆုံးစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး)		လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	မွေးသက္ကရာဇ်
လမ်းလိပ်စာ၊ မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုန်			နေအချိန်ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်
ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲ	ဆေးရုံအကောင်အထည်ဖော်	သင့်တွင် အာမခံရှိပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်	☐ လူလွတ် ☐ အိမ်ထောင်သည် ☐ မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ ☐ အိမ်ထောင်ကွဲ*
ဝန်ဆောင်မှုရယူစဉ် အလုပ်အကိုင်အခြေအနေ- ☐ အလုပ်ရှိ ☐ အငြိမ်းစား ☐ အလုပ်လက်မဲ့			
ဆေးရုံတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူစဉ် သင်သည် အိုဟိုင်းယိုးပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ခဲ့ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်			
ဆေးရုံတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူစဉ် သင်သည် Medicaid ကို ရယူနေခဲ့ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ရယူခဲ့သည်ဆိုလျှင် Medicaid ငွေတောင်းခံလွှာနံပါတ်- _____			
ဆေးရုံတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူစဉ် သင်သည် မသန်စွမ်း ထောက်ပံ့ကြေးကို ရယူနေခဲ့ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်			
အိမ်ထောင်ဖက်၏ အမည် (နောက်ဆုံးစာလုံး၊ ပထမစာလုံး၊ အလယ်စာလုံး)		လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	မွေးသက္ကရာဇ်
ဝန်ဆောင်မှုရယူစဉ် အိမ်ထောင်ဖက်၏ အလုပ်အကိုင် အခြေအနေ- ☐ အလုပ်ရှိ ☐ အငြိမ်းစား ☐ အလုပ်လက်မဲ့			

"မိသားစု" တွင် လူနာ၊ လူနာ၏ အိမ်ထောင်ဖက် *(အိမ်တွင်နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ မနေထိုင်သည်ဖြစ်စေ) နှင့် လူနာ၏ သားသမီးအရင်း သို့မဟုတ် မွေးစားသားသမီး အပါအဝင် အိမ်တွင်အတူနေထိုင်သည့် အသက် 18 နှစ်အောက် သားသမီးအားလုံး ပါဝင်သည်။ အကယ်၍ လူနာသည် အသက် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက "မိသားစု" တွင် လူနာ၊ လူနာ၏ မိဘအရင်း သို့မဟုတ် မွေးစားမိဘ(များ)*(အိမ်တွင်နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ မနေထိုင်သည်ဖြစ်စေ) နှင့် အဆိုပါမိဘများ၏ အိမ်တွင်နေထိုင်သော အသက် 18 နှစ်အောက် ကလေးများ ပါဝင်ရမည်။

မိသားစုဝင်၏ အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ	ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်လမတိုင်မီ သုံးလအတွင်း ရရှိသည့် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (သုညဖြစ်ပါက အောက်တွင်ပါရှိသော \$0 ဝင်ငွေရှင်းတမ်းကို ဖြည့်စွက်ရမည်)	အဓိကဝင်ငွေရရှိသည့်အလုပ် သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်အမည်
(လူနာ)		(ကိုယ်တိုင်)		
စုစုပေါင်း မိသားစုဝင်ဦးရေ-			စုစုပေါင်း မိသားစုဝင်ငွေ-	

\$0 ဝင်ငွေရှင်းတမ်း- _____

ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ သုံးလအတွင်း အခြေခံ အစားအသောက်/နေရေးထိုင်ရေး လိုအပ်ချက်များကို မည်သို့ဖြည့်ဆည်းခဲ့ကြောင်း အတိုချုံးဖော်ပြပါ

*အတူမနေသော အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘက အိမ်ထောင်စုကို ထောက်ပံ့မပေးခြင်းမလွဲ၍ ကျန်အခြေအနေများတွင် အိမ်တွင်နေထိုင်ခြင်းမရှိသော အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘ၏ ဝင်ငွေကို ဖော်ပြပေးရန် လိုအပ်သည်။ "ထောက်ပံ့မပေးပါ" ကို မှတ်တမ်းတင်ရန် ဝင်ငွေဖြည့်သွင်းရန်အတွက်ကို အသုံးပြုပါ။

ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုချက်တွင် အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်း လုပ်ခလစာများ၊ ပင်စင် SSI/SSD/အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ မယားစရိတ်၊ ကလေးထောက်ပံ့ကြေး (ကလေးသည် လူနာဖြစ်ပါက)၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အငြိမ်းစား အကောင် (IRA)၊ 401(K)၊ 403(b) တို့မှ လွှဲပြောင်းထုတ်ယူမှုများ၏ မိတ္တူများ အကန့်အသတ်မရှိ ပါဝင်သည်။

သင်သည် လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိပါက ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုစာတစ်စောင် သို့မဟုတ် သင်၏လက်ရှိအခြေအနေနှင့် ကိုက်ညီသည့် 1099 ဖောင်ပုံစံကို တင်သွင်းနိုင်သည်။ လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲမှုအဖွဲ့ 1.800.772.1213 ကို ဖုန်းခေါ်ဆို၍ ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုစာတစ်စောင်ကို ရယူနိုင်သည်။

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် Summa Health System မှတစ်ဆင့် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် ထည့်သွင်းစဉ်းစားပေးစေရန် အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို ပေးပို့ထားပြီး

ကျွန်ုပ်တို့သိထားသမျှအစွမ်းကုန် ဖြည့်စွက်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား မှန်ကန်ပြီး တိကျသောအချက်အလက်များဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုကြေညာပြီး

ဤငွေကြေးများသည် ဖက်ဒရယ်ရန်ပုံငွေများဖြစ်ကြောင်း နားလည်ကာ ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်စား ထိုငွေကြေးများကို အသုံးပြုခြင်းအတွက် တာဝန်ယူသည့်အပြင်

အိုဟိုင်းယိုးပြည်နယ် အလုပ်အကိုင်နှင့် မိသားစုဝန်ဆောင်မှုဌာန (ODJFS) ၏ စည်းမျဉ်းများနှင့်အညီ Summa Health System သည် ဤအစီအစဉ်ကို ဖွမ်းဖြင့်ဆောင်ရွက် သို့မဟုတ် ပယ်ဖျက်ခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။

X _____
(လျှောက်လွှာကို တရားဝင်ဖြစ်စေရန် လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်က လက်မှတ်ထိုးရမည်) (ရက်စွဲ)

X _____
(ဆေးရုံကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်/ဌာန သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ) (ရက်စွဲ)

မူဝါဒဆိုင်ရာ ကြေညာချက်

Summa Health System သည် လူမျိုး၊ အသက်အရွယ်၊ ကျား/မ၊ အသားအရောင်၊ လူမျိုးစုနောက်ခံ၊ နိုင်ငံဇာတ၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု၊ မိခင်ဘာသာစကား၊ ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အားနည်းချက်ရှိမှု၊ ပညာရေး၊ အလုပ်အကိုင် သို့မဟုတ် ကျောင်းသားအခြေအနေ၊ စိတ်သဘောထား၊ ဆက်ဆံရေး၊ အာမခံအကာအကွယ်၊ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအတွင်း ရပ်တည်မှု သို့မဟုတ် အခြားသော ခွဲခြားဆက်ဆံသည့် အချက်တစ်ခုခုကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်းမပြုဘဲ အသိုင်းအဝိုင်း၏ လိုအပ်ချက်များကို တုံ့ပြန်သည့်အနေဖြင့် ငွေကြေးအကူအညီပေးရန် ကတိပြုထားပါသည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ငွေကြေးအကူအညီ ("HFA") သည် Summa Health System က အပြည့်အဝ ငွေကြေးထောက်ပံ့ထားသော အစီအစဉ်ဖြစ်သည်။ ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိသော လူနာများနှင့် အာမခံအကာအကွယ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းသာရှိသည့် လူနာများ (ဆိုလိုသည်မှာ အာမခံမထားရှိသူများနှင့် အာမခံမလုံလောက်သူများ) အတွက် ဝင်ငွေနှင့် အခြား သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု စံနှုန်းများနှင့်ကိုက်ညီလျှင် အကူအညီရရှိနိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံချေးကွက် (အာမခံဝယ်ယူရန်နေရာ) တွင် ပါဝင်ခြင်း

- ကျန်းမာရေးအာမခံချေးကွက်/အာမခံဝယ်ယူရန်နေရာတွင် မပါဝင်ရန် လူနာက ရွေးချယ်လျှင် ထိုသို့မပါဝင်မချင်း ငွေကြေးအကူအညီကို သက်တမ်းမတိုးနိုင်ပါ။ သို့သော် ဆေးရုံဆင်းပြီးနောက် ကျွမ်းကျင်ပြုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ SNF တွင် နေထိုင်လျက်ရှိသော လူနာများ၊ ကွယ်လွန်ပြီး ပစ္စည်းဥစ္စာမရှိသော လူနာများ၊ အိမ်ရာမဲ့ဖြစ်ကြောင်း အထောက်အထားရှိသော လူနာများအတွက် ဤမူဝါဒမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ရသည်။
- လူနာသည် အာမခံသတ်မှတ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီချိန်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ငွေကြေးအကူအညီကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ					
မိသားစုဝင်ဦးရေ	HCAP 100% ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေလမ်းညွှန်ချက်များ 100% လျှော့စျေး	ပရဟိတ 101-250% ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေလမ်းညွှန်ချက်များ 100% လျှော့စျေး		ပရဟိတ 251-400% ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေလမ်းညွှန်ချက်များ အာမခံလျော်ကြေးအလိုက် ပုံမှန်ကောက်ခံသော ပမာဏ = 86% လျှော့စျေး	
1 ဦး	\$15,650	\$15,651	\$39,125	\$39,126	\$62,600
2 ဦး	\$21,150	\$21,151	\$52,875	\$52,876	\$84,600
3 ဦး	\$26,650	\$26,651	\$66,625	\$66,626	\$106,600
4 ဦး	\$32,150	\$32,151	\$80,375	\$80,376	\$128,600
5 ဦး	\$37,650	\$37,651	\$94,125	\$94,126	\$150,600
6 ဦး	\$43,150	\$43,151	\$107,875	\$107,876	\$172,600
7 ဦး	\$48,650	\$48,651	\$121,625	\$121,626	\$194,600
8 ဦး	\$54,150	\$54,151	\$135,375	\$135,376	\$216,600

လူ 8 ဦးအထက်ရှိသော မိသားစုများ/အိမ်ထောင်စုများအတွက် လူတစ်ဦးတိုးတိုင်း \$5,500 ထပ်ပေါင်းပါ

01/01/2025 မှစတင်သော ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့်ရက်စွဲများအတွက် အကျုံးဝင်သည်

"မိသားစု" တွင် လူနာ၊ ၎င်း၏ အိမ်ထောင်ဖက် (အိမ်တွင်နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ မနေထိုင်သည်ဖြစ်စေ) နှင့် လူနာ၏ သားသမီးအရင်း သို့မဟုတ် မွေးစားသားသမီး အပါအဝင် အိမ်တွင်အတူနေထိုင်သည့် အသက် 18 နှစ်အောက် သားသမီးအားလုံး ပါဝင်သည်။ **လူနာသည် အသက် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက** တရားဝင်မွေးစားကလေးမှလွဲ၍ နောက်အိမ်ထောင်မှ ပါသော ကလေးများ၊ မြေးများကို ဤအစီအစဉ်များအတွက် မိသားစုဝင်အဖြစ် ထည့်မတွက်ပါ။

မူဝါဒအပြည့်အစုံကို summahealth.org/patientvisitor တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

Summa Health System – Patient Account Services

P.O. Box 2090
Akron, OH 44398-6153



Summa Health System – Akron Campus • Summa Health System – Barberton Campus

FIN-25-76729/CS/TA/07-25/MULTI/BURMESE