



NYS တပြေးညီ ဆေးရုံငွေကြေးအထောက်အပံ့လျှောက်လွှာ

သင့်တွင် အာမခံ မရှိပါက၊ သို့မဟုတ် သင့်အာမခံ ကုန်သွားပါက၊ သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိနေသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပိုများသော ကျန်းမာရေး ကုန်ကျစရိတ်များ ပေးဆောင်ရသည့် အထောက်အထား ရှိနေပါက သင့်ဘေလ်တောင်းခံလွှာများကို ပေးဆောင်ရန်အတွက် ဆေးရုံငွေကြေးအထောက်အပံ့အတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မှီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြင့် ဆေးရုံငွေကြေးအထောက်အပံ့အတွက် သင့်တောင်းဆိုမှုကို စတင်သွားမည်ဖြစ်သည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံများအားလုံးတွင် အသုံးပြုပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဆေးရုံတွင် ကုသမှုခံယူလျက်ရှိသော လူနာများ ပြောသော အဓိက ဘာသာစကားဖြင့်¹ ပုံနှိပ်ရပါမည်။

လူနာအမည် (သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်အပြည့်အစုံ)

လူနာ အမည်(ပထမ၊အလယ်၊နောက်ဆုံး အမည်စာလုံး)		
မွေးနေ့ (mm/dd/yyyy)		
လိပ်စာ	တိုက်ခန်း/ယူနစ်#	
မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်အမှတ်
ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း #		
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်အမည် (လူနာသည် အသက်မပြည့်သေးသော ကလေး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း အသက်ပြည့်သူဖြစ်ပါက)		
အီးမေးလ်လိပ်စာ (ရှိပါက)		

1 "ပင်တိုင်သုံး ဘာသာစကား" ဌာန၏ လူနာ ဆေးခန်းလာရောက်ပြသချိန်၏ အနည်းဆုံး 5% ခန့်တွင် ဆက်သွယ်ပြောဆိုခဲ့သော ဘာသာစကားမှန်သမျှ သို့မဟုတ် အခြေခံကုသစောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် ဆေးရုံ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် ဒေသအတွင်း နေထိုင်သူများ၏ 1% နှင့်အထက်က ပြောဆိုကြသည့် ဘာသာစကားမှန်သမျှ အကျုံးဝင်ပါသည်။ ထိုရာခိုင်နှုန်းများကို တွက်ချက်ရာ၌ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု လူဦးရေစာရင်းဗျူရိုက ကောက်ယူထားသော အိမ်ထောင်စုစာရင်း အချက်အလက်များကို သုံး၍ တွက်ချက်ထားခြင်းဖြစ်ပြီး ကျောင်းစနစ်များမှ ဒေတာများဖြင့် ပံ့ပိုးထားပါသည်။

မိဘ အချက်အလက်-

သင့်အိမ်ထောင်စုထဲမှ မိသားစုဝင်အားလုံးကို ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် စာရင်းပြုစုပေးပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုထဲမှ သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အတူနေလက်တွဲဖော်၊ နှင့် ကလေးများ သို့မဟုတ် အခြားမိခိုနေသူများ ပါဝင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ၎င်းသည် အခွန်ပြန်တမ်းတွင် စာရင်းပြုစုထားသည့် အားလုံး ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

စုစုပေါင်း ဝင်ငွေပမာဏသည် အခွန်များ **မနှုတ်ထားရသေးသည့်** ပမာဏကို ဆိုလိုပါသည်။

စုစုပေါင်းဝင်ငွေတွင် အလုပ်မှ ရရှိမှုများ (လုပ်အားခ၊ လစာ၊ အပိုဆုကြေးများ၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှရရှိသောဝင်ငွေ)၊ ကိုယ်တိုင်အလုပ်လုပ်ခြင်းမှ ရရှိထားခြင်း မဟုတ်သော ဝင်ငွေ (လူမှုဖူလုံရေး၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်)၊ အလှူငွေများ (မိသားစု သို့မဟုတ် သူငယ်ချင်းများမှ ရန်ပုံငွေ) နှင့် အခြားဝင်ငွေအရင်းအမြစ်များ (ယာယီအကူအညီနှင့် ဖြည့်စွက်ဖူလုံရေးဝင်ငွေ) တို့ပါဝင်ပါသည်။

အမည် အပြည့်အစုံ	ဆက်ဆံရေး	စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (လက်ရှိ)
	ကိုယ်တိုင်	

ဆေးရုံသည် သင့်အား ဝင်ငွေအထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများဝင်ရန် တောင်းဆိုပါလိမ့်မည်၊
စာရွက်စာတမ်းများတွင် ဝင်ငွေစလစ်ဖြတ်ပိုင်း၊ ဖြစ်နိုင်ပါက သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာတစောင် သို့မဟုတ် ဖောင်ပုံစံ 1040 တို့ ပါဝင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေး အာမခံ အခြေအနေ

သင့်တွင် Medicaid၊ Medicare သို့မဟုတ် သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် သင့်အလုပ်ရှင်မှတစ်ဆင့် ဝယ်ယူထားသော ပုဂ္ဂလိက အာမခံ အပါအဝင် ကျန်းမာရေးအာမခံပုံစံ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ☐ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ

အကယ်၍ သင်သည် "မရှိပါ" ဟု ဖြေဆိုထားပါက ဤပရိုဂရမ်များထဲမှ တစ်ခုခုကို လျှောက်ထားရာတွင် အကူအညီ ရယူလိုပါသလား။
☐ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ

အာမခံပမာဏနည်းသော လူနာများ- အာမခံရှိသော်လည်း ဆေးဖိုးဝါးခများနေသော လူနာများ။ သင့်တွင် အာမခံရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း သင်ပေးချေခဲ့ရသော ဆေးဖိုးဝါးခဘေလ်တောင်းခံလွှာ၏ ခန့်မှန်းခြေပမာဏကို တင်ပြပေးပါ။

ပေးဆောင်ထားရသည့် ဆေးဖိုးဝါးခ ကုန်ကျစရိတ်များ၏ အထောက်အထားအဖြစ် သင်ကို စာရွက်စာတမ်းများကို ဆေးရုံမှ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

လူနာ/တာဝန်ရှိ ပါတီ- လူနာမဟုတ်ပါက ဖောင်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏ အမည်နှင့် လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ရေးထိုးရန်အတွက် ၎င်းတို့၏အခွင့်အာဏာ ပေးထားသူ (ဥပမာ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်) များကို အမည်စာရင်းပြုစုပါ။

ကျွန်ုပ် တင်ပြသော အချက်အလက်များကို ပြင်ပအရင်းအမြစ်များမှ စစ်ဆေးအတည်ပြုမှုများ ရှိနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သိထားသလောက် ဖြည့်စွက်ထားပြီး ၎င်းအချက်အလက်များကို မှန်ကန်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။

လူနာအမည်	ရက်စွဲ
လူနာနှင့် ဆက်ဆံရေး	
လက်မှတ်	

အနည်းဆုံး သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီမှု

လျှောက်လွှာအချိန်သတ်မှတ်ချက်၊ လူနာအခွင့်အရေးနှင့် လျို့ဝှက်ထားရှိမှု

- စုဆောင်းနေသည့် လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း မည်သည့်နေရာတွင်မဆို ငွေကြေးအထောက်အပံ့အတွက် သင်လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- ငွေကြေးအထောက်အပံ့အတွက် သင့်လျှောက်လွှာကို ဆုံးဖြတ်ချက် မချရသေးခင်အထိ ဆေးရုံကို သင်ငွေကြေးပေးချေမှု ပြုလုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။ သင့်လျှောက်လွှာကို ဆိုင်းငံ့ထားစဉ်အတွင်း ဆေးရုံမှ စုဆောင်းမှုထဲသို့ အကောင့်များကိုလွှဲပြောင်းပေးမည်မဟုတ်ပါ။
- ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် ငြင်းပယ်ခံရပါက သင်တွင် အယူခံဝင်ခွင့် ရှိပါသည်။ မည်သို့ ပြုလုပ်သွားရမည့် နည်းလမ်းအချက်အလက်မှာ သင် လက်ခံရရှိမည့် ဆေးရုံမှ သတိပေးအကြောင်းကြားချက်ထဲတွင် ပါဝင်ပါလိမ့်မည်။ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုမာဏအတွက် အယူခံဝင်ရန် အခွင့်အရေးလည်း သင့်တွင် ရှိနိုင်ပါသည်။ ဆေးရုံသည် ၎င်းတို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်စာလွှာတွင် အယူခံဝင်နည်းနှင့် ပတ်သတ်သည့် အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။
- သင့်ပထမငွေတောင်းခံလွှာ ပြီးနောက် အနည်းဆုံး ရက် 180 အတွက် စုဆောင်းပေးသည့် အေဂျင်စီထံသို့ ငွေမပေးချေရသေးသည့် ဘေလ်တောင်းခံလွှာများကို ဆေးရုံဖက်မှ မပို့ပေးနိုင်ပါ။
- ဖယ်ဒရယ် ဆင်းရဲမွဲတေမှု အဆင့်၏ 400% အောက်တွင် ရှိသော လူနာများအတွက် မပေးချေရသေးသော ဆေးဖိုးဝါးခဘေလ်တောင်းခံမှုများကို ပြန်ရယူရန် ဆေးရုံများမှ တရားစွဲမှုများအပါအဝင် ဥပဒေအရ အရေးယူမှုများ ပြုလုပ်ခြင်းကို တားမြစ်ထားပါသည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များကို ဤနေရာတွင် တွေ့နိုင်ပါသည်- <https://aspe.hhs.gov/topics/pove rty-economic- mobility/poverty-guidelines>
- ဤလျှောက်လွှာတွင် ပေးထားသည့် အချက်အလက်မှန်သမျှကို ဆေးရုံမှ ငွေကြေးအထောက်အပံ့အတွက် သင့်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် အသုံးပြုသွားမည်သာ ဖြစ်ပြီး ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော အတိုင်းအတာအထိ ၎င်းကို လျို့ဝှက်ထားမည်ဖြစ်သည်။
- သင့်တွင် ငွေပေးချေရသေးသော ဆေးဖိုးဝါးခဘေလ်တောင်းခံမှု ရှိနေသောကြောင့် ဆေးရုံဖက်မှ သင်အား လိုအပ်သောဆေးဖက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးရန်အတွက် ငြင်းပယ်၍မရပါ။
- သင်သည် ဤလျှောက်လွှာအတွက် အကူအညီလိုအပ်ပါက ၊ ကျေးဇူးပြု၍ Erie County ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစင်တာ၏ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီရုံး 716-898-5566 သို့ဆက်သွယ်ပါ။
- သင်သည် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ထပ်ဆောင်းအကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို အယူခံဝင်ရာတွင် အကူအညီရယူလိုပါက ကွန်မြူနတီကျန်းမာရေးအကြံပေးများထံ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် -

- အတည်ပြုပေးထားသော အထောက်အပံ့သည် သက်ဆိုင်ရာ ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများအားလုံးအတွက် အကျိုးဝင်ပါသည်။ ဤအစီအစဉ်အောက်တွင် အကျိုးမဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် သမားတော်အခကြေးငွေများအတွက် သင်အား သီးခြားဘေလ်ကောက်ခံနိုင်ပါသည်။
- အကျိုးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် တွဲဖက်ဆရာဝန်များစာရင်းအတွက် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုရန်- <https://www.ecmc.edu/patients-visitors/billing-and-insurance/ecmc-affiliated-providers/>

သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီမှု

အောက်တွင် ရှင်းလင်းဖော်ပြထားသည့် ဝင်ငွေပမာဏထက် မြင့်မားသည့် ဝင်ငွေပမာဏရှိ လူနာကို ငွေပေးချေရာ၌ လျှော့စျေးပေးခွင့်ရှိကြောင်း ဆေးရုံ၏ ဆုံးဖြတ်သတ်မှတ်နိုင်စွမ်းပေါ်ကိုဖြစ်စေ၊ သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီသော လူနာများကို အများပြည်သူကျန်းမာရေးဥပဒေ၏ သတ်မှတ်ချက်ထက်ပိုသော ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ လျှော့စျေးများကို ဆေးရုံက ပေးနိုင်စွမ်းပေါ်ကိုဖြစ်စေ၊ နှစ်ရပ်လုံးပေါ်ကိုဖြစ်စေ မည်သည့်အရာကမျှ မကန့်သတ်နိုင်ပါ။ ထို့အပြင် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေသည် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရယူနိုင်မှုကို ဆုံးဖြတ်သည့် သတ်မှတ်ချက်စံနှုန်းအဖြစ် မသတ်မှတ်ရပါ။

အောက်ဖော်ပြပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီပါသည်။

- ကျန်းမာရေး အာမခံမရှိသည့် ဝင်ငွေနည်းပါးသော ပုဂ္ဂိုလ်များ၊ သို့မဟုတ်
- အာမခံရယူထားသည့် ပမာဏနည်းသော ပုဂ္ဂိုလ်များ (လွန်ခဲ့သော တစ်ဆယ့်နှစ်လအတွင်း အိတ်စိုက်ထုတ် ကုသရသည့် ဆေးကုသစရိတ် စုစုပေါင်းသည် အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်၏ တစ်နှစ်စာအသားတင်ဝင်ငွေ၏ တစ်ဆယ့်ရာခိုင်နှုန်းနှင့်အထက် ရှိနေခြင်း)၊ သို့မဟုတ်
- ကျန်းမာရေး အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ကို ကုန်စင်အောင် သုံးစွဲပြီးနောက်၊ ဆေးကုသမှုစရိတ် အပြည့်ကို ပေးချေနိုင်ခြင်းမရှိသည်ကို သက်သေပြနိုင်သူများ၊ သို့မဟုတ်
- ဆေးရုံ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ စရိတ်မျှခံငွေကိုဖြစ်စေ၊ ကနဦးနုတ်ယူငွေကိုဖြစ်စေ၊ နှစ်ရပ်လုံးကိုဖြစ်စေ ပေးချေနိုင်ခြင်းမရှိကြောင်းကို သက်သေပြနိုင်သော ပုဂ္ဂိုလ်များအနေဖြင့် ငွေပေးချေရာ၌ လျှော့ပေါ့ပေးရန် သို့မဟုတ် လျှော့စျေးပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။

ဖက်ဒရယ်အစိုးရ၏ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်သတ်မှတ်ချက်အရ 400% နှင့်အထက် ရောက်ရှိနေသော ပုဂ္ဂိုလ်များအနေဖြင့် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရယူရန် သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီပါသည်။

ဖက်ဒရယ်အစိုးရ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်သတ်မှတ်ချက်များ (2024 ခုနှစ်)

အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား	200%	300%	400%
လူ 1 ဦး	\$30,120	\$45,180	\$60,240
လူ 2 ဦး	\$40,880	\$61,320	\$81,760
လူ 3 ဦး	\$51,640	\$77,460	\$103,280
လူ 4 ဦး	\$62,400	\$93,600	\$124,800
လူ 5 ဦး	\$73,160	\$109,740	\$146,320
လူ 6 ဦး	\$83,920	\$125,880	\$167,840
လူ 7 ဦး	\$94,680	\$142,020	\$189,360

နှစ်စဉ်မွမ်းမံပြင်ဆင်သည်-<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

အနည်းဆုံး လျှော့စျေးနှုန်းထားများ

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ရယူခွင့် ရရှိပါက သင်၏ ဝင်ငွေပေါ်မူတည်၍ အောက်ဖော်ပြပါ ဝင်ငွေအရ ချိန်ညှိပေးသည့် နှုန်းထားများနှင့်အညီ သင့်ဆေးကုသမှုစရိတ်များကို လျှော့ပေါ့ပေးသွားပါမည်-

ဝင်ငွေပမာဏ	ငွေပေးချေမှု
FPL ၏ 200% အောက်	ဆေးကုသမှုစရိတ်အားလုံး ကင်းလွတ်ခွင့်ပေးခြင်း
FBL ၏ 200% - 300%	အာမခံမရှိသော လူနာများ- Medicaid ၏ ဝန်ဆောင်မှု(များ)အတွက် ကျသင့်သည့် ပမာဏ၏ 10% အထိကို ဝင်ငွေအရ ချိန်ညှိပေးသည့် နှုန်းထားများဖြင့် ပေးချေနိုင်ပါမည်။ အာမခံမရှိသော လူနာများ-လူနာ၏ အာမခံစနစ် စရိတ်မျှခံပမာဏအရ ကျသင့်သည့် ပမာဏ၏ အများဆုံး 10% အထိကို ပေးချေနိုင်ပါမည်။
FPL ၏ 301% - 400%	အာမခံမရှိသော လူနာများ- Medicaid ၏ ဝန်ဆောင်မှု(များ)အတွက် ကျသင့်သည့် ပမာဏ၏ 20% အထိကို ဝင်ငွေအရ ချိန်ညှိပေးသည့် နှုန်းထားများဖြင့် ပေးချေနိုင်ပါမည်။

	အာမခံမရှိသော လူနာများ-လူနာ၏ အာမခံစနစ် စရိတ်မျှခံပမာဏအရ ကျသင့်သည့် ပမာဏ၏ အများဆုံး 20% အထိကို ပေးချေနိုင်ပါမည်။
--	--

ဆေးရုံများအနေဖြင့် သတ်မှတ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီသော လူနာများအတွက် ပိုများသော လျှော့စျေးများ ပေးရန်ဖြစ်စေ၊ ဝင်ငွေပမာဏ မြင့်မားသော လူနာများအတွက် ငွေပေးချေရာ၌ လျှော့စျေးများ ပေးရန်ဖြစ်စေ၊ နှစ်မျိုးလုံးကိုဖြစ်စေ လုပ်လိုက် လုပ်နိုင်သည်။

အရစ်ကျငွေချေ ပလန်များ

လျှော့ပေါ့ထားသည့် နှုန်းထားများကို တစ်ကြိမ်တည်း အလုံးအရင်း ပေးချေရန် မတတ်နိုင်သော လူနာများအနေဖြင့် အရစ်ကျငွေချေ ပလန်များဖြင့် ပေးချေနိုင်သည်။ လစဉ်အရစ်ကျ ငွေပေးချေမှုများသည် သင်၏ လစဉ်အသားတင်ဝင်ငွေ၏ 5% ကို ကျော်၍မရနိုင်သကဲ့သို့ အကယ်၍ လူနာ၌ မပေးရသေးသော ကြွေးကျန်တစ်ရပ်ရပ် ရှိနေပါက ထိုအကြွေးအတွက် ကောက်ခံသော အတိုးနှုန်း၏ 2% အထက် မကျော်လွန်စေရ။

အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ အထောက်အထား တောင်းခံချက်

လူနာ၊ လူနာ၏ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိခိုသူတိုင်း (သားသမီးကဲ့သို့)နှင့် သက်ဆိုင်သည့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကိုပါ ထည့်သွင်းပေးပါ။ ဥပမာပြရလျှင် ဤနေရာ၌ အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ တွက်ချက်မှုစနစ်ရှိ အခွန်ငွေပြန်အမ်းမှုအတွင်း အကျုံးဝင်သူတိုင်း(အခွန်ဆောင်သူ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ အခွန်ဆောင်သူ၏ မိခိုသူ) ပါဝင်ရမည်။

အောက်ဖော်ပြပါစာရင်းသည် သင့်ဝင်ငွေ အထောက်အထားပြရာ၌ အသုံးပြုနိုင်သော စာရွက်စာတမ်းစာရင်းဖြစ်သည်။ အဆိုပါစာရွက်စာတမ်းအားလုံးကို တင်ပြရန်မလိုပါ။ သင့်၌ ဝင်ငွေမရှိပါက အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေမရှိကြောင်း ထုတ်ပြန်ကြေညာချက်ကို တင်ပြနိုင်ပါသည်။

NY ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဈေးကွက် သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီမှုရှိမရှိ စစ်ဆေးသည့် စာမျက်နှာကိုလည်း တင်ပြရနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် ဤစာရွက်စာတမ်းရှိပါက အောက်တွင်စာရင်းပြုစုဖော်ပြထားသည့် အခြားဝင်ငွေအချက်အလက်များကို ဆေးရုံထံသို့ တင်ပြရန်မလိုပါ။

<u>အကယ်၍ အိမ်ထောင်စုသည် အောက်ပါတို့ကို ရရှိပါက-</u>	<u>တစ်လလျှင် ပမာဏ-</u>	<u>လျှောက်ထားသူသည် ထောက်ပံ့ပေးရမည်မှာ-</u>
လစာများ-	\$	ကျေးဇူးပြု၍ လစာစလစ်ဖြတ်ပိုင်း၊ သို့မဟုတ် ကုမ္ပဏီအမှတ်တံဆိပ်ဖြင့် ရက်စွဲပါ လက်မှတ်ထိုးထားသော အလုပ်ရှင်ထံမှ စာ၊ သို့မဟုတ် မကြာသေးခင်က ပေးသွင်းထားသော ဝင်ငွေအခွန်ပြန်တမ်းတို့ကို တင်ပြပေးပါ။
လူမှုဖူလုံရေး ငွေပေးချေမှု	\$	ဆုပေးစာလွှာ/အတည်ပြုလက်မှတ် မိတ္တူ သို့မဟုတ် US လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲရေးမှ ပေးစာ သို့မဟုတ် နှစ်အလိုက် အကျိုးခံစားခွင့်စာ။ သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်စာတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုရန်အတွက် 1-800-772-1213 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုရန် www.ssa.Qov .
အလုပ်လက်မဲ့လျော်ကြေးငွေ	\$	ဆုပေးစာလွှာ/အတည်ပြုလက်မှတ် မိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS အလုပ်သမားဌာနမှ လစဉ်အကျိုးခံစားခွင့်ထုတ်ပြန်ရှင်းတမ်း သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်ထုတ်ထားသော တိုက်ရိုက်ငွေပေးချေကတ် မိတ္တူ သို့မဟုတ် NYS အလုပ်သမားဌာနထံမှ ပေးစာ သို့မဟုတ်

		လက်ခံသူ၏အကောင့်အချက်အလက်ကို NYS အလုပ်သမားဌာန၏ ဝဘ်ဆိုက်မှ ပရင့်ထုတ်ခြင်း (www.labor.state.ny.us)
မသန်စွမ်း ငွေပေးချေမှု	\$	ဆုပေးစာလွှာ/လက်မှတ် မိတ္တူ၊ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲရေးမှ ပေးစာ သို့မဟုတ် နှစ်အလိုက် အကျိုးခံစားခွင့်စာ မိတ္တူ။ သင့်အကျိုးခံစားခွင့်စာတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုရန် 1- 800-772-1213 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုရန်- www.ssa.oov .
အလုပ်သမားလျော်ကြေးငွေ	\$	ဆုပေးစာလွှာ/ချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူ
အိမ်ထောင်ထောက်ပံ့စရိတ်/က လေးထောက်ပံ့မှု	\$	တရားရုံးအမိန့်စာမိတ္တူ သို့မဟုတ် 3 လစာ ငွေသားချက်လက်မှတ်များ/ပြေစာများ
ဝေစုရှင်းတမ်း/အမြတ်	\$	သုံးလတစ်ကြိမ် ဝေစုရှင်းတမ်းများ သို့မဟုတ် 1 လတစ်ကြိမ် ထုတ်ပြန်ရှင်းတမ်း
အခြား	\$	ငှားခဝင်ငွေ၊ တောက်တိုမယ်ရအလုပ်များအတွက် ငွေသားစသည့် လစာမဟုတ်သော ဝင်ငွေပမာဏ (ရှိပါက) ဖော်ပြသည့်စာ။
ဝင်ငွေ မရှိမှု	\$0	ဝင်ငွေမရှိကြောင်း လက်မှတ်ထိုးထားသည့် ထုတ်ပြန်ကြေညာချက်