

**KALEIDA**  
H E A L T H

Charity Care Program  
Financial Counseling Services  
726 Exchange Street, 2<sup>nd</sup> Floor  
Buffalo, NY 14210  
Office: 716-859-8979 Fax: 716-859-8674

ဂရုဏာဖြင့်ကြည့်ရှုစောင့်ရှောက်ခြင်းခံရခြင်းကိုလျှောက်ထားရန်အတွက်ဖြစ်စဉ်  
အိမ်ထောင်စုအချက်အလက်များ

အိမ်တွင်နေထိုင်ကြသောလူတိုင်း၏နာမည်များနှင့်မွေးရက်များကိုရေးပေးပါ။

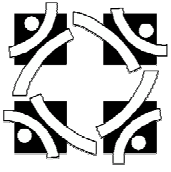
မျိုးနွယ်အမည်	ပထမနာမည်	မွေးနေ့

လိင်စာ

<p><b>အိမ်ဖုန်း:</b></p> <p style="text-align: center;"><u>ပိုင်ဆိုင်မှုများ</u></p> <p>ဘဏ်အကောင့်များကိုဖော်ပြပါ။ (အငြိမ်းစားအကောင့်များမပါဝင်ပါ) လက်ရှိစာရင်း (များ) မိတ္တူကိုင်တွဲထားပြပါ။</p> <p>စာရင်းအကောင့် # - _____ ဘဏ်အမည် _____ လက်ကျန်ငွေ _____</p> <p>စာရင်းအကောင့် # - _____ ဘဏ်အမည် _____ လက်ကျန်ငွေ _____</p>	<p><b>ဆဲလ်ဖုန်း:</b></p> <p style="text-align: center;"><u>အိမ်ထောင်စု၏လစာဝင်ငွေ</u></p> <p>လုပ်အားခ _____ လူမှုလုံခြုံရေး _____ ချို့ယွင်းချက်- _____ အလုပ်အကိုင်မရှိခြင်း _____ ကလေးအထောက်အပံ့- _____ ပင်စင် _____ မယားစရိတ် _____ အစုပေါင်းအမြတ်၊ အတိုး _____ ဌားရမ်းခဝင်ငွေ _____ အခြားဝင်ငွေ _____</p>
---	---

ဆေးဝါးအကူအညီပေးရေးစီမံကိန်း။ မိသားစုကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ကလေးကျန်းမာရေးတို့အတွက်လျှောက်ထားခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည်  မဟုတ်ပါ

အကယ်၍ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ရရှိနိုင်ကြောင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်မှုရှိကြောင်းသက်သေကိုပြပါ။



**KALEIDA**  
H E A L T H

Charity Care Program  
Financial Counseling Services  
726 Exchange Street, 2<sup>nd</sup> Floor  
Buffalo, NY 14210  
Office: 716-859-8979 Fax: 716-859-8674

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့်ဤလျှောက်လွှာတွင်ဖော်ပြထားသောအချက်အလက်များသည်ကျွန်ုပ်သိသလောက်မှန်ကန်၍တိကျသည်ဟုထောက်ခံအပ်ပါသည်။ ဆက်လက်၍ ကျွန်ုပ်သည် မည်သည့်အကူအညီ (ဆေးဝါးအကူအညီပေးရေးစီမံကိန်း၊ ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်ရေး၊ အာမခံ အစရှိသဖြင့်) အတွက်မဆို ကျွန်ုပ်၏ဆေးရုံစရိတ်များအတွက် ရရှိနိုင်ပါကလျှောက်လွှာများကိုပြုလုပ်ပါမည်။ ထိုအကူအညီများရရှိနိုင်ရန်အတွက်လိုအပ်သောသင့်တင့်သည့်လုပ်ဆောင်ချက်များကိုလုပ်ဆောင်ကာ ဆေးရုံကုန်ကျစရိတ်များ အတွက် ကုန်ကျငွေပမာဏကိုပေးချေပါမည်။

**Kaleida** ကျန်းမာရေးဂရုဏာဖြင့်ကြည့်ရှုစောင့်ရှောက်ရေးပေါ်လစီအောက်တွင် ကျွန်ုပ်သည်သင့်လျော်မှုရှိမရှိဆိုသည်ကိုဆေးရုံမှ ဆုံးဖြတ်ကာ ဤလျှောက်လွှာ အား ပြုလုပ်သည်ကိုနားလည်ပါသည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ခဲ့သည့်သတင်းအချက်အလက်များသည် မမှန်ကန်ပါကဆေးရုံအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှု ကို ပြန်လည်သုံးသပ်စစ်ဆေးခြင်း နှင့် သင့်လျော်သောမည်သည်။

ကျွန်ုပ်သည်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုရှိမရှိကိုသတ်မှတ်ရန်အတွက်တောင်းဆိုထားသည့်သတင်းအချက်အလက်အပိုများကိုပေးအပ်ရန်သဘောတူညီပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များ၊ အာမခံချက်အရည်အချင်းပြည့်မီမှု၊ ဝင်ငွေ၊ နေထိုင်မှုအစီအစဉ်များ နှင့် လိပ်စာတို့တွင်ပြောင်းလဲမှုများကို **Kaleida** ကျန်းမာရေးသို့ အကြောင်းကြားရန် သဘောတူညီပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည်ဂရုဏာစောင့်ရှောက်ရေးလျှောက်လွှာကိုတင်သွင်းရန် ဝန်ဆောင်မှုနေ့စွဲမှ ရက်ပေါင်း ၁၂၀ ရှိသည်ကိုနားလည်ပါသည်။

လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ- \_\_\_\_\_

လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ- \_\_\_\_\_

(PT) လူနာကိုယ်စားလှယ် \_\_\_\_\_ ဆက်နွယ်မှု \_\_\_\_\_

နေ့စွဲ- \_\_\_\_\_