



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာနှင့် လျှို့ဝှက်ချက်

အာမခံပေးသူ-

အမှုနံပါတ်-

အမှုတွင် ပါဝင်သော လူနာများ-

သင်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူအဖြစ် Trinity Health Michigan ကို ရွေးချယ်သည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ပါဝင်သောလျှောက်လွှာကိုဖြည့်စွက်ပြီး သင်၏ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အကဲဖြတ်မှုကို အပြီးသတ်ရန် အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပြန်လည်ပို့ဆောင်ပေးပါ။

သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက 800-494-5797 မှတစ်ဆင့် တနင်္လာနေ့မှသောကြာနေ့ နံနက် 9:00 မှ ညနေ 5:00 နာရီအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ ကာစတန်မာဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ အရှေ့စံတော်ချိန်။

လေးစားစွာဖြင့်၊

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
ကိုယ်စား Trinity Health Michigan

20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

ကျေးဇူးပြု၍ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်၊ လက်မှတ်ထိုးပြီး အောက်ပါမိတ္တူများအပါအဝင် 10 ရက်အတွင်း ပြန်လည်ပို့ဆောင်ပေးပါ။			
<u>လိုအပ်သော အတည်ပြုချက်များ</u> ☐ လွန်ခဲ့သည့်တစ်လအတွင်း စုစုပေါင်း ဝင်ငွေအထောက်အထား ☐ ဘဏ်အကောင့်အားလုံးအတွက် စာမျက်နှာအားလုံးပါဝင်သည့် ပြီးခဲ့သောနှစ်လအတွင်း ဘဏ်ငွေအဝင်အထွက်စာရင်းများ အပြည့်အစုံ (ထပ်တလဲလဲ သွင်းငွေများအတွက် ရှင်းလင်းချက်) ☐ လတ်တလော အခွန်ပြန်အမ်းငွေများ (ဇယား C၊ E သို့မဟုတ် F ပါရှိသော 1040 ဖောင်) သို့မဟုတ် သုံးလအမြတ်အရှုံးရှင်းတမ်းများ (ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်သူ/မိမိသူများအတွက်) <u>ဖြစ်နိုင်လျှင် အောက်ပါတို့ကို ပေးပါ</u> ☐ ရာသီအလိုက် ဝင်ငွေအတွက် လတ်တလော W2 ☐ အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်/ ငြင်းဆိုလွှာ ☐ ကလေးပံ့ပိုးမှု ဝင်ငွေ/စားစရိတ် ☐ ဝင်ငွေမရှိခြင်း - လျှောက်လွှာ၏ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုစာလွှာအပိုင်း၏ အပြည့်အစုံ			
လူနာအချက်အလက်			
လူနာအမည်		မွေးနေ့	
လူမှုဖူလုံရေး/ EIN နံပါတ် (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)	မိဘိုင်းဖုန်း	အခြားဖုန်း	
မေးလ်လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ပုံကုဒ်
အီးမေးလ်လိပ်စာ	မည်သည့်ပြည်နယ်၏ နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလဲ?		
အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ ☐ လူပျို ☐ အိမ်ထောင်သည် ☐ ကွာရှင်းပြတ်စဲ ☐ အခြား _____			
ဖယ်ဒရယ် အခွန်ငွေကို သင်တင်ပြပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် မဟုတ်ပါက၊ ဘာကြောင့်လဲ။		အခြားသူတစ်ဦး၏ အခွန်အပေါ် မှီခိုကြောင်း တောင်းဆိုခံရနိုင်ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်	
သင် သို့မဟုတ် သင့်မိမိသူများ ဝန်ဆောင်မှုရယူချိန်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးဝင်မှု ရှိခဲ့ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် (အာမခံကတ် မိတ္တူအား ပေးပါ)			
သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသော နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်) ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ☐ မဖြေဆိုလိုပါ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)			

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

လတ်တလော သင်၏အခွန်များအပေါ် အခြေခံ၍ သင်အပါအဝင် အိမ်ထောင်စုဝင်များ	မွေးနေ့	လူနာနှင့် ဆက်သွယ်မှု	အခွန်ဆောင်ခြင်းမှ တောင်းဆိုထားသည် (ဟုတ်/မဟုတ်)

အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် ဝင်ငွေအတည်ပြုခြင်း

လစဉ်ဝင်ငွေလမ်းကြောင်း	၎င်းကို မည်သူက လက်ခံရရှိပါသန ည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်ခင်)	လစဉ်ဝင်ငွေလမ်းကြောင်း	၎င်းကို မည်သူက လက်ခံရရှိပါသ နည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်ခင်)
လုပ်အားခ			အလုပ်သမားလျှော်ကြေး		
လူမှုလုံခြုံရေး/မသန်စွမ်းမှု			အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း		
ပင်စင်			ကလေးပံ့ပိုးမှု		
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြ			မြေငှားဝင်ငွေ		
ပြည်သူ့အထောက်အပံ့			အခြား		

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုစာလွှာ - ထောက်ပံ့မှုပေးမည့်သူသာ ဖြည့်စွက်ရပါမည်

- ☐ ကျွန်ုပ်သည် လူနာ၏ နေထိုင်မှုစရိတ်များအတွက် 50% ကျော် ပံ့ပိုးပေးသော်လည်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များကို ကျွန်ုပ် မတတ်နိုင်ပါ။
- ☐ ဤစာကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့်၊ အထက်ဖော်ပြပါ ထုတ်ပြန်ချက်သည် မှန်ကန်ကြောင်းနှင့် လူနာ၏ ကုန်ကျငွေများအတွက် မည်သို့မျှ တာဝန်ရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ မေးခွန်းများရှိပါက _____ (ဖုန်းနံပါတ်)သို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ထောက်ပံ့မှုပေးနေသူ အမည်	လူနာနှင့် ဆက်သွယ်မှု
ထောက်ပံ့မှုပေးနေသူ၏ လက်မှတ်	နေ့စွဲ

ဝင်ငွေနှင့် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို စိစစ်ခြင်း



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှို့ဝှက်လျှောက်လွှာ

Trinity Health ၏ အထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် သမားတော်များက ပံ့ပိုးပေးထားသော ဆေးရုံနှင့် ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်သွင်းထားသောအချက်အလက်များသည် အတတ်နိုင်ဆုံး မှန်ကန်ပြီး ပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ်အာမခံပါသည်။ ပေးထားသော အချက်အလက်သည် စိစစ်ခြင်းခံရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များသည် မှားယွင်းနေပါက Trinity Health မှ ပံ့ပိုးပေးထားသည့် မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်မဆို ပြန်ဆပ်ရန် ကျွန်ုပ်တာဝန်ယူပါမည်။

လူနာ၏ လက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____

သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် (ဖြစ်နိုင်လျှင်) _____ နေ့စွဲ _____

လူနာနှင့် ဆက်သွယ်မှု _____ နေ့စွဲ _____

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်လျှောက်လွှာကို အထက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ။ 312-871-3350 သို့ ဖက်စ်ပေးပို့ပြီး/သို့မဟုတ် MyChart (Patient Portal) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> မှတစ်ဆင့် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပေးပါ။ သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက 800-494-5797 မှတစ်ဆင့် တနင်္လာနေ့မှသောကြာနေ့ နံနက် 9:00 မှ ညနေ 5:00 နာရီအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ ကာစတန်မာဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ အရှေ့စုံတော်ချိန်။