

CAFA သည် Atrium Health ၌ ဝန်ဆောင်မှုရရှိသည့်လူနာများအတွက် ငွေရေးကြေးရေးအထောက်အကူပေးသည့်အစီအစဉ်ဖြစ်သည်။ ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုလမ်းညွှန်ချက်များကို မိသားစုအရွယ်အစားနှင့်အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေတို့နှင့် နှိုင်းယှဉ်၍ သတ်မှတ်ချက်နှင့်ပြည့်မီမှုကို အခြေခံထားပါသည်။

သင့်လျှောက်လွှာကို ကိုင်တွယ်ရာတွင် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများမရှိစေရန် အချက်အလက်အားလုံးကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်ပါ။

လူနာ၏အချက်အလက်များ			
လူနာအမည်	ဆိုရှယ်စကျူရီတီအမှတ်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	စာရင်းအမှတ်

လျှောက်ထားသူ၏အချက်အလက်များ				
လျှောက်ထားသူ၏အမည်	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ	ဆိုရှယ်စကျူရီတီအမှတ်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	အိမ်ထောင်ရေးအနေအထား
လိပ်စာ		မြို့၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်		
အိမ်ဖုန်းနံပါတ်	မိုဘိုင်းဖုန်းနံပါတ်	အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည်	အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူ၏ဖုန်းနံပါတ်	
အလုပ်ရှင်အမည်	အလုပ်ရှင်၏လိပ်စာ		အလုပ်ဖုန်း	

**မှတ်ချက်-** စာတိုက်မှစာများကို သင်လက်ခံရရှိသည့်လိပ်စာသည် သင်နေထိုင်သည့်လိပ်စာနှင့်မတူပါက အောက်ပါ 'စာထည့်ရန်လိပ်စာ' ကို ဖြည့်ပါ။

စာထည့်ရန်လိပ်စာ	မြို့၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်
-----------------	-----------------------------

ကျန်းမာရေးအာမခံအချက်အလက်များ <input type="checkbox"/> လူနာ၌ကျန်းမာရေးအာမခံတစ်စုံတစ်ရာ မရှိပါက ဤကွက်ကိုအမှတ်အသားပြု				
ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ	အာမခံစာချုပ်ပိုင်ရှင်အမည်	အာမခံစာချုပ်အမှတ်	အုပ်စုအမှတ်	စတင်သက်ရောက်သည့်ရက်
လွန်ခဲ့သည့်ရက် ၆၀ အတွင်း အိမ်သားတစ်ဦး အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်သွားခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	
၎င်းသည် COBRA ရွေးချယ်ရန်အသိပေးချက်တစ်စောင် ရရှိခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	
၎င်းသည် COBRA ကျန်းမာရေးအာမခံ ရွေးချယ်ခဲ့ပါသလား။			<input type="checkbox"/> ဟုတ်ကဲ့ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	
၎င်းသည် COBRA ကျန်းမာရေးအာမခံကို မရွေးချယ်ခဲ့ပါက အကွက်တစ်ခုတွင် အမှတ်အသားပြုပါ- <input type="checkbox"/> COBRA လစဉ်ကြေးများသည် ဈေးကြီးလွန်းပါသည်				
<input type="checkbox"/> အာမခံအသစ်ရှိပါသည်				

အိမ်သားအားလုံးကို အောက်တွင်ဖော်ပြပါ			
အမည်	ဆိုရှယ်စကျပျူရီတီအမှတ်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ
၁			
၂			
၃			
၄			
၅			
၆			
၇			
၈			

မှတ်ချက်- ဤပုံစံ၏ စာမျက်နှာ ၃ ရှိ 'မှတ်ချက်များ' အပိုင်းတွင် အခြားအိမ်သားများရှိသေးပါက ဖော်ပြပါ။

အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်ဝင်ငွေ		
ဝင်ငွေအမျိုးအစား	လျှောက်ထားသူအတွက် လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	လျှောက်ထားသူ၏နီးခင်ပွန်းအတွက် လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ
အလုပ်အကိုင်မှဝင်ငွေ	\$	\$
အငြိမ်းစား/ပင်စင်/ဆိုရှယ်စကျပျူရီတီ အငြိမ်းစား	\$	\$
ဆိုရှယ်စကျပျူရီတီ မသန်စွမ်းမှုဝင်ငွေ	\$	\$
အလုပ်လက်မဲ့ဝင်ငွေ	\$	\$
ကလေးစရိတ်/လင်စရိတ်မယားစရိတ်	\$	\$
အခြား (ဤနေရာ၌ အရင်းအမြစ်ကိုဖော်ပြပါ )	\$	\$

**ပံ့ပိုးမှုအကြောင်း ထွက်ဆိုချက်**

ကျွန်ုပ်သည် လွန်ခဲ့သော \_\_\_\_\_ နှစ် / \_\_\_\_\_ လအတွက် အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်နေခဲ့ကြောင်း သက်သေထွက်ဆိုပါသည်။ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်သည့်အတွက် ကျွန်ုပ်သည် အစားအစာ၊ နေစရာနှင့် အဝတ်အစားများကို \_\_\_\_\_ ထံမှ ရရှိပါသည် (လျှောက်ထားသူနှင့် တော်စပ်ပုံ = \_\_\_\_\_)

**အသိအမှတ်ပြုချက်နှင့်လက်မှတ်များ**

ဤလျှောက်လွှာတွင် ပေးထားသည့် အချက်အလက်များသည် စစ်မှန်၍ တိကျကာ ကျွန်ုပ်အကောင်းဆုံးသိသမျှ ပြည့်စုံကြောင်း ဤနည်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ် သက်သေထွက်ဆိုပါသည်။ ပေးထားသည့် အချက်အလက်များကို အတည်ပြုရန် မည်သူမဆို၊ မည်သည့်ကုမ္ပဏီနှင့် အဖွဲ့အစည်းမဆိုအား ဆက်သွယ်ရန် ဤဆေးရုံအား ခွင့်ပြုပြီး ထိုပုဂ္ဂိုလ်၊ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား ဆေးရုံမှတောင်းခံသည့် မည်သည့်ငွေရေးကြေးရေးအချက်အလက်များကိုမဆို ထုတ်ပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်

ရက်စွဲ

**ဖြည့်စွက်ပြီးသောလျှောက်လွှာကို အောက်ပါနေရာသို့ စာတိုက်မှပေးပို့ပါ-**

Atrium Health System Business Office  
Attention: Coverage Assistance Services  
PO Box 32861  
Charlotte, NC 28232

**မှတ်ချက်များ**

Blank area for notes with horizontal lines.