



ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ 3/2024

အဓိက လျှောက်ထားသူအမည်- _____

ရက်စွဲ- _____

ပြန်ပို့ရန်-

Indiana University Health
1155 W. 3rd St.
Bloomington, IN 47404

အီးမေးလ်- FinancialAssistance@IUHealth.org

ဖုန်း- 1.888.531.3004

ဖက်စ်- 1.812.353.2032

IU Health ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု မူဝါဒအကြောင်း

သင့်သည် IU Health ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု မူဝါဒတွင် သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၌ နေထိုင်သူဖြစ်ပြီး အရည်အချင်းပြည့်မီသော စောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိ၍ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များကို ပေးဆောင်ခြင်းသည် သင့်အတွက် ငွေကြေးအခက်အခဲတစ်ခုဖြစ်စေပြီး အပိုဆောင်းထောက်ပံ့မှုကို သင့်လျှောက်ထားပါက ၎င်းကိုရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ သင့်သည် အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲမွဲတေမှုအဆင့် (FPL) စံနှုန်းများနှင့် ကိုက်ညီပါက သင်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်အပြည့်အဝအထိ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

အိမ်ထောင်စုအတွင်း အရွယ်ရောက်ပြီးသူ ဦးရေ	အိမ်ထောင်စုအတွင်း မိခိုသူဦးရေ	FPL ဝင်ငွေ ကန့်သတ်ချက်
1+	0	200%
2+	1+	250%
1	1+	300%

သင့်ဝင်ငွေသည် ဤအဆင့်များထက် ကျော်လွန်နေသော်လည်း သင်ပေးရန်ရှိသော ပမာဏသည် သင့်နှစ်စဉ်အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ၏ 5% ထက်ပိုနေပြီး သင်က လျှောက်ထားလျှင် သင့်လူနာလက်ကျန်ငွေကို သင့်နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ၏ 5% အထိ လျှော့ချရန်အတွက် လျှော့ဈေးရရှိရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

IU Health ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု မူဝါဒ အပြည့်အစုံကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် ဖော်ပြပါသို့ သွားကြည့်ပေးပါ- <https://iuhealth.org/pay-a-bill/financial-assistance>

လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများ

ငွေကြေးအထောက်အပံ့ တောင်းခံမှုကို စီမံဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက်၊ ဤဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာနှင့်အတူ အောက်ပါငွေကြေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ပြန်လည်ပေးပို့ရမည်။ သင့်လျှောက်လွှာကို အချိန်မီ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက်၊ ပြက္ခဒိန်ရက် နှစ်ဆယ့်တစ် (21) ရက်အတွင်း လျှောက်လွှာကို ပြန်ပို့ပါ။ **မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများ မပို့ပါနှင့်။**

- a. ဖော်ပြပါတို့အနက်မှ အနည်းဆုံး တစ်ခုပါဝင်သည့် အိမ်ထောင်စု သို့မဟုတ် အာမခံပေးသူ၏ နောက်ဆုံး သုံး (3) လအတွင်း ရရှိခဲ့သော ဝင်ငွေအရင်းအမြစ် အားလုံး-
 - 1. နောက်ဆုံးသုံး (3) လအတွက် လစာပြေစာ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ၊
 - 2. နောက်ဆုံးတင်ထားသော ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ် အခွန်ပြန်တမ်းများ၊ နောက်ဆက်တွဲ ဇယားများ အားလုံး အပြည့်အစုံ ပါဝင်ရမည် သို့မဟုတ်
 - 3. နောက်ဆုံးထုတ်ပေးထားသော W-2 ထုတ်ပြန်ချက်။
- b. ချက်လက်မှတ်နှင့် ငွေစာတမ်းစာရင်း၊ အပ်နှံငွေအသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်များ၊ ရှယ်ယာများ၊ ငွေတိုက်စာချုပ်များနှင့် ငွေကြေးဈေးကွက်အကောင့်များမှ နောက်ဆုံးထုတ်ပေးထားသော စာရင်းရှင်းတမ်း (3) စောင်။
- c. လူနာ သို့မဟုတ် အာမခံပေးသူ၏ ဝင်ငွေသည် ဖက်ဒရယ်အခွန်ရှင်းတမ်းတင်သွင်းရန် မလိုအပ်ပါက အထက်ပါအချက်ကို မှန်ကန်ကြောင်းသက်သေခံသည့် ကျမ်းကျိန်လွှာကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

ထို့အပြင် လျှောက်ထားသူများသည် Indiana ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်ကြောင်းနှင့် စာတိုက်သေတ္တာနံပါတ်မဟုတ်သော သူ/သူမ၏ အဓိကနေရပ်လိပ်စာအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အထောက်အထားစာရွက်စာတမ်း နှစ် (2) ခု တင်ပြခြင်းဖြင့် သက်သေပြရပါမည်။ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော စာရွက်စာတမ်းများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်နိုင်သည်-



ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ 3/2024

အဓိက လျှောက်ထားသူအမည်- _____

ရက်စွဲ- _____

1. အောက်ပါသတ်မှတ်ချက်များ ပြည့်မီသည့် အသုံးဝန်ဆောင်မှုကုမ္ပဏီ၊ ခရက်ဒစ်ကတ် သို့မဟုတ် အခြား ငွေတောင်းခံလွှာများ-
 - a. လျှောက်လွှာတင်သည့်နေ့မှ ရက်ပေါင်း ခြောက်ဆယ် (60) အတွင်း ထုတ်ပေးထားပြီး
 - b. လျှောက်ထားသူ၏ အမည်နှင့် နေထိုင်ရာလိပ်စာတို့ပါဝင်သော။
2. အောက်ပါတို့ ပါဝင်သော အိမ်ရာအပေါင်စာချုပ် သို့မဟုတ် အလားတူ ချေးငွေစာချုပ်၊ သို့မဟုတ် ငှားရမ်းစာချုပ်-
 - a. လျှောက်ထားသူ၏ အမည်၊ နေရပ်လိပ်စာနှင့်
 - b. သဘောတူညီချက် အတည်ဖြစ်စေရန်အတွက် လိုအပ်သော သက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများ၏ လက်မှတ်များ။
3. လျှောက်ထားသူ၏ လိပ်စာဟောင်းနှင့် လိပ်စာအသစ်တို့ ပါဝင်သော U.S. စာတိုက်လုပ်ငန်း၏ လိပ်စာပြောင်းလဲမှု အတည်ပြုချက် (ပုံစံ CNL107)။
4. Indiana မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ကတ်။
5. လျှောက်ထားသူ၏အမည်နှင့် နေရပ်လိပ်စာပါရှိသော လိုင်စင်ရစစ်တမ်းကောက်ယူသူတစ်ဦးက ပြုလုပ်ထားသော လျှောက်ထားသူ၏ Indiana ပြည်နယ်အတွင်း ပိုင်ဆိုင်မှုဆိုင်ရာ စစ်တမ်း။



ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ 3/2024

လျှောက်လွှာပုံစံ

လမ်းလိပ်စာ- _____

မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ ဇစ်ကုဒ်- _____ အဓိက ဖုန်းနံပါတ်- _____

အဓိက အီးမေးလ်- _____

သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် IU Health တွင် ပြီးခဲ့သည့် 12 လအတွင်း ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်ထားခဲ့ဖူးပါသလား သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက်ရခဲ့ဖူးပါသလား။

ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ _____

အိမ်ထောင်စုဝင်များ

အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံး၏ အမည်အပြည့်အစုံနှင့် မွေးသက္ကရာဇ်ကို ဖော်ပြပေးပါ။ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးချင်းစီအတွက် လေးထောင့်ကွက်တစ်ခုစီကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

အမည် အမည်အပြည့်အစုံ - အမည်ပထမဆုံးစာလုံး၊ အမည်အလယ်စာလုံး၊ မျိုးရိုးအမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	SSN	အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ	အခွန်ထမ်းဆောင်မှု အခြေအနေ	ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အတွက် လျှောက်ထားခြင်း
				<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲလျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် သီးခြားစီ လျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး <input type="checkbox"/> အရည်အချင်းပြည့်မီသော မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> အခွန်မဆောင်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
				<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲလျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် သီးခြားစီ လျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး <input type="checkbox"/> အရည်အချင်းပြည့်မီသော မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> အခွန်မဆောင်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
				<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲလျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် သီးခြားစီ လျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး <input type="checkbox"/> အရည်အချင်းပြည့်မီသော မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> အခွန်မဆောင်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
				<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲလျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် သီးခြားစီ လျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး <input type="checkbox"/> အရည်အချင်းပြည့်မီသော မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> အခွန်မဆောင်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
				<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲလျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် သီးခြားစီ လျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး <input type="checkbox"/> အရည်အချင်းပြည့်မီသော မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> အခွန်မဆောင်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်



ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ 3/2024

အဓိက လျှောက်ထားသူအမည်- _____

ရက်စွဲ- _____

			<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် ပူးတွဲလျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် သီးခြားစီ လျှောက်ထားခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး <input type="checkbox"/> အရည်အချင်းပြည့်မီသော မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ <input type="checkbox"/> အခွန်မဆောင်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
--	--	--	--	--



ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ 3/2024

အဓိက လျှောက်ထားသူအမည်- _____

ရက်စွဲ- _____

အာမခံအချက်အလက်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးတွင် ဖော်ပြပါအာမခံတစ်ခုခု ရှိမရှိ ဖော်ပြပါ-

အိမ်ထောင်စုသည် Medicaid အတွက် လျှောက်ထားခဲ့ဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် မလျှောက်ထားပါက အကြောင်းပြချက်ပေးပါ- _____

မဟုတ်

လျှောက်ထားပါက လျှောက်လွှာရက်စွဲကို ဖော်ပြပါ- _____ လျှောက်လွှာအခြေအနေ- ဆိုင်းငံ့ထားသည် အတည်ပြုပြီး

ငြင်းပယ်ထားသည်

ဆေးရုံတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူစဉ်အချိန်က အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးတွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဟုတ်ပါက၊ အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ-

မူဝါဒကိုင်ဆောင်ထားသူ၏အမည်	အာမခံအမည်	အကျုံးဝင်သည့်နေ့စွဲ	မူဝါဒနံပါတ်/ အုပ်စုမူဝါဒနံပါတ်	အကျုံးဝင်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အမည်(များ)

အိမ်ထောင်စု အလုပ်အကိုင်/ဝင်ငွေ

အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ပြီး အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိနေပါက ထိုအချက်အလက်များကို “အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ” အပိုင်းတွင် ဖော်ပြပေးပါ။

အိမ်ထောင်စုဝင်	အလုပ်ရှင်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် ရာထူးအမည် <i>သက်ဆိုင်ပါက အလုပ်ရှင်အမည်ကို ဖော်ပြပါ။</i>	ဝင်ငွေပမာဏ <i>(ညာဘက်ရှိ ငွေပေးချေမှုကာလအလိုက်)</i>	ကာလ <i>တစ်ခုရွေးပါ</i>	စတင်သည့်ရက်စွဲ	ပြီးဆုံးသည့်ရက်စွဲ <i>(သက်ဆိုင်ပါက)</i>
			<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> နာရီအလိုက် နာရီ/ရက်သတ္တပတ် အရေအတွက်		
			<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> နာရီအလိုက် နာရီ/ရက်သတ္တပတ် အရေအတွက်		
			<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> နာရီအလိုက် နာရီ/ရက်သတ္တပတ် အရေအတွက်		
			<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်စဉ် <input type="checkbox"/> နာရီအလိုက် နာရီ/ရက်သတ္တပတ် အရေအတွက်		



ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ 3/2024

အဓိက လျှောက်ထားသူအမည်- _____

ရက်စွဲ- _____

အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ

သင် သို့မဟုတ် သင်၏ အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အောက်ပါ လစဉ်ဝင်ငွေများအနက်မှ တစ်ခုခုကို ရရှိနေပါက ဖော်ပြပေးပါ-

အမျိုးအစား	အိမ်ထောင်စုဝင်	လစဉ်ပမာဏ	အမျိုးအစား	အိမ်ထောင်စုဝင်	လစဉ်ပမာဏ
VA အကျိုးခံစားခွင့်များ-			အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်မှု-		
ကလေးထောက်ပံ့မှု			SSI/SSD/SSDI-		
အငြိမ်းစား-			အခြား-		

အိမ်ထောင်စု အကျဉ်းချုပ်

အထက်ပါအကွက်များတွင် တွက်ချက်ထားသော စုစုပေါင်းပမာဏကို မှတ်တမ်းတင်ပါ-

စုစုပေါင်း အိမ်ထောင်စုဝင် အရေအတွက်	အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေစုစုပေါင်း	အိမ်ထောင်စု အခြားဝင်ငွေစုစုပေါင်း

ပိုင်ဆိုင်မှုများ/အရင်းအမြစ်များ

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးတွင် ဖော်ပြပါပိုင်ဆိုင်မှု/အရင်းအမြစ်တစ်ခုခု ရှိမရှိ ဖော်ပြပါ-

အိမ်ထောင်စုဝင်	အမျိုးအစား	တန်ဖိုး
	ချက်လက်မှတ်အကောင့် စုစုပေါင်း	
	စုငွေအကောင့် စုစုပေါင်း	
	အခြား (CD များ၊ စတော့များ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ၊ ငွေကြေးဈေးကွက်တွင် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ စသည်)	
	စုစုပေါင်းပိုင်ဆိုင်မှုအားလုံး-	



အသုံးစရိတ်များ

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးတွင် ဖော်ပြပါ လစဉ်အသုံးစရိတ်တစ်ခုခု ရှိမရှိ ဖော်ပြပါ-

အသုံးစရိတ်-	အိမ်ထောင်စုဝင်	လစဉ်အသုံးစရိတ်ပမာဏ-	အသုံးစရိတ်-	အိမ်ထောင်စုဝင်	လစဉ်အသုံးစရိတ်ပမာဏ-
အိမ်ငှားခ/အိမ်ရာအပေါင်စာချုပ်			အသုံးဝန်ဆောင်ခများ		
အစားအစာ			ခရက်ဒစ်ကတ်များ		
မော်တော်ယာဉ်ဝယ်ယူမှုအတွက် ငွေပေးချေမှု(များ)			မော်တော်ယာဉ်အာမခံ		
ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်(များ)			ဆေးဆိုင်		
ကလေးထိန်းဌာန			အခြား		
စုစုပေါင်း လစဉ်အသုံးစရိတ်အားလုံး:					

အတည်ပြုခြင်းနှင့် ခွင့်ပြုချက်

(အရွယ်ရောက်ပြီးသောအိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး ဖြည့်စွက်ရန်)

ကျွန်ုပ်ပေးထားသော အဖြေများသည် မဟုတ်မမှန်သက်သေခံမှု ပြစ်ဒဏ်များအောက်မှ ကျွန်ုပ်သိသမျှ အစွမ်းကုန် မှန်ကန်တိကျကြောင်း ဤနေရာတွင် ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ (သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ပေးသူ၏) ဝင်ငွေ ပိုင်ဆိုင်မှု၊ ကုန်ကျစရိတ်၊ အိမ်ထောင်စုဝင်ဦးရေ သို့မဟုတ် နေရပ်လိပ်စာတို့တွင် ပြောင်းလဲမှုရှိပါက IU Health ထံ ဆယ် (10) ရက်အတွင်း အသိပေးရန် သဘောတူပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ဖော်ပြချက်များကို သက်သေပြရန် တောင်းဆိုခံရနိုင်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ ဖော်ပြချက်များကို ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်၊ ဘဏ်၊ ခရက်ဒစ်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံ ဆက်သွယ်ခြင်းနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု ရှာဖွေစစ်ဆေးခြင်းတို့ဖြင့် အတည်ပြုစစ်ဆေးသွားမည်ကို နားလည်ပြီး အတည်ပြုစစ်ဆေးမှုများ ပြုလုပ်ရန်အတွက် IU Health နှင့် ၎င်းက တာဝန်ပေးအပ်ထားသူများကို ဤနေရာတွင် လုပ်ပိုင်ခွင့် အပ်နှင်းပါသည်။

ကျွန်ုပ်ပေးအပ်သော မည်သည့်အချက်အလက်ကိုမဆို လျှို့ဝှက်ထားရန် ဆေးရုံတွင် ဥပဒေအရ တာဝန်ရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်နိုင်ရန်နှင့် လုပ်ငန်းစဉ်များ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် လိုအပ်သော အချက်အလက်အားလုံးကို ရယူရန် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် မည်သည့် အရွယ်ရောက်ပြီးသော အိမ်ထောင်စုဝင်ကိုမဆို IU Health ၏ ဝန်ထမ်းများနှင့် ကန်ထရိုက်တာများက ဆက်သွယ်ရန် သဘောတူပါသည်။

ထို့အပြင် မတော်တဆမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုကြောင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိခဲ့ခြင်းအတွက် တုံ့ပြန်သောအားဖြင့် အဆိုပါ ဖြစ်ရပ်ကြောင့် ရရှိလာသော တရားစွဲဆိုမှု သို့မဟုတ် ကျေးအေးမှုတို့မှ ရရှိလာသည်များထဲမှ ဆေးရုံသို့ ပြန်လည်ပေးဆပ်ရန် သဘောတူပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုရယူရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါက ထိုဆုံးဖြတ်ချက်ကို နောက်ထပ်အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ စာဖြင့် အယူခံဝင်နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုကို ဆက်လက် ငြင်းပယ်ခံရပါက ပေးဆောင်ရန် ကျန်ရှိနေသော ကျသင့်ငွေပြေစာများအတွက် ပေးဆောင်ရန် တာဝန်ရှိနိုင်ပါသည်။

အရွယ်ရောက်ပြီးသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးထားသောအမည်အပြည့်အစုံ- _____

အရွယ်ရောက်ပြီးသူလက်မှတ် (သက်ဆိုင်ပါက)- _____ ရက်စွဲ- _____

စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးထားသောအမည်အပြည့်အစုံ- _____

အရွယ်ရောက်ပြီးသူလက်မှတ် (သက်ဆိုင်ပါက)- _____ ရက်စွဲ- _____

စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးထားသောအမည်အပြည့်အစုံ- _____

အရွယ်ရောက်ပြီးသူလက်မှတ် (သက်ဆိုင်ပါက)- _____ ရက်စွဲ- _____

စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးထားသောအမည်အပြည့်အစုံ- _____