

လက်မှတ်ထိုးပြီးသော ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုလျှောက်လွှာများနှင့် လိုအပ်သော ပူးတွဲစာရွက်စာတမ်းများကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ စာပြန်ပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။

Attention: ARS Team Patient Financial Services

Parkview Health

P.O. Box 5600

Fort Wayne, IN 46895

သို့မဟုတ် ဖက်စ်ပို့ရန်-

Parkview Patient Accounting

260-458-5811

လူနာထံ လျှောက်လွှာပို့ရက်- _____

လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများရှိပါက၊ ဤနံပါတ်ကိုခေါ်ပါ
၂၆၀-၂၆၆-၆၇၀၀ သို့မဟုတ် အခမဲ့ နံပါတ် ၈၅၅-၈၁၄-၀၀၂။

အာမခံသူ

အာမခံသူ နံပါတ်- _____ မွေးသက္ကရာဇ်- _____ အသက်- _____

အာမခံသူအမည်- နောက်ဆုံး- _____ ပထမဆုံး- _____ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်- _____

အိမ်လိပ်စာ- _____ မြို့/ပြည်နယ်/စာပို့သင်္ကေတ- _____

အိမ်ဖုန်းနံပါတ်- _____ ဆဲလ် နံပါတ်- _____

လူနာအမည်- _____ အလုပ်ရှင်- _____

မီဒီယံများအဖြစ် တောင်းဆိုသော အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ အမည်များ	အသက်	အာမခံသူနှင့် တော်စပ်/ပတ်သက်ပုံ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ဝင်ငွေ

အာမခံသူ၏ စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ- \$ _____

မသန်စွမ်း လစဉ် ဝင်ငွေ- \$ _____

အိမ်ထောင်ဖက်၏ လစဉ်ဝင်ငွေ- \$ _____

လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ- \$ _____

ကလေးအတွက် ပံ့ပိုးမှုမှ လစဉ်ဝင်ငွေ- \$ _____

ငှားရမ်းပိုင်ဆိုင်မှုမှ ဝင်ငွေ- \$ _____

ပင်စင်- \$ _____

စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့စရိတ်- \$ _____

အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေး- \$ _____

အခြား ဝင်ငွေ(ရှင်းပြပါ) - \$ _____

ဘဏ်အကောင့်များ

ချက်လက်မှတ်အကောင့်လက်ကျန်- \$ _____

အခြားရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ- (အကျုံးဝင်သမျှအားလုံး အမှတ်ခြစ်ပါ) - \$ _____

ငွေစုစာရင်း လက်ကျန်- \$ _____

IRA CD စတော့များ ငွေကြေးစာချုပ်များ 401K 403B နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေများ

လစဉ် စရိတ်များ

စရိတ်များ	လစဉ် ပေးချေမှု	စရိတ်များ	လစဉ် ပေးချေမှု
ပေါင်/ငှားခြင်းအတွက် ပေးချေမှု-	\$ _____	ကားအတွက် ပေးချေမှု-	\$ _____
အသုံးစရိတ်များ-	\$ _____	ကျောင်းသား ချေးငွေများ-	\$ _____
အင်တာနက်/ရုပ်သံလိုင်းကြေး-	\$ _____	ကလေးစရိတ်-	\$ _____
ဖုန်း (လိုင်းဖုန်း နှင့် ဆဲလ်ဖုန်း)-	\$ _____	အကြေးဝယ်ကမ်းများ-	\$ _____
ဆေးကုသစရိတ်-	\$ _____	အထွေထွေစရိတ် (ရှင်းပြပါ)-	\$ _____
အခြား ဆေးကုသမှုများ-	\$ _____	အထွေထွေစရိတ် (ရှင်းပြပါ)-	\$ _____

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု မူဝါဒတွင် စာရွက်စာတမ်းလုပ်ရန်နှင့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုရရှိအတွက် သင်၏ သတ်မှတ်ချက်များနှင့်ကိုက်ညီမှုကို မှန်ကန်ကြောင်းပြရန် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုလျှောက်ထားသည့် လျှောက်လွှာတွင် သက်ဆိုင်သည့်စာရွက်စာတမ်းများကို တွဲပေးရန်လိုအပ်သည်။

တွဲပေးရန်လိုအပ်သည့်တို့ကို စစ်ဆေးရန်စာရင်းမှာ အောက်တွင်ပါဝင်သည်။ "တွဲထား" အမှန်ဖြစ်ရန်အတွက်ကို ခြစ်ပေးခြင်းဖြင့် ယင်းစာရွက်များ ကို သင်တွဲပေးလိုက်ကြောင်း ကျေးဇူးပြုဖော်ပြပါ။ သင်/မှီခိုသူများနှင့် မသက်ဆိုင်သော စာရွက်ဖြစ်လျှင် N/A အတွက်ကို ခြစ်ပါ။

တွဲပေးရန် စာရွက်စာတမ်း	တွဲထားသည့်	မှတ်ချက်များ	အကြီးမာဝင်
အလုပ်ရှင်များအားလုံးအတွက် ယခင်နှစ်၏ W2 နှင့်/သို့ 1099 စာရွက်စာတမ်း	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
သက်ဆိုင်သော အချိန်ဇယားများအားလုံးနှင့် ယခင်နှစ်၏ ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန်ပုံစံ များတွဲထားသည်။ သင်က အခွန်များကို ဖိုင်မတွဲထားပါက ဘာကြောင့်ဆိုသည်ကို ရှင်းပြပါ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
၁။ နောက်ဆုံး ရက် ၆၀ စာအတွက် ငွေသွင်းငွေထုတ်အားလုံးကို ဖော်ပြထားသည့် စတော့များနှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ စာချုပ်များတွင် စစ်ဆေးခြင်း၊ ငွေစုဆောင်းခြင်းများ၊ CD များနှင့် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုတို့အတွက် များမကြာသေးမီကထုတ်ထားသော ဘဏ်ရှင်းတမ်း နှစ်စောင်။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
၂။ အာမခံသူနှင့် အိမ်ထောင်ဖက်အတွက် နှစ်အစမှလက်ရှိရက်စွဲအထိ ဝင်ငွေနှင့် နုတ်ယူငွေများကို ဖော်ပြထားသော မကြာသေးမီက လစာပေးစာရွက်နှစ်ရွက်။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
နှစ်သစ်တစ်ခု၏ ပထမဆုံး ၂ လအတွင်း လျှောက်လွှာတင်ခြင်းဖြစ်လျှင် မကြာသေးမီက ငွေပေးပြေစာများအပြင် အလုပ်ရှင်အားလုံးထံမှ ယခင်နှစ်၏ လစာပေးချက်လက်မှတ်များကိုပါ တွဲပေးပါ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
နောက်ဆုံးရ လူမှုဖူလုံရေး ချက် မိတ္တူ ၂ စုံ (သို့) လူမှုဖူလုံရေးရငွေကို အလိုအလျောက် ဘဏ်ထည့်ခြင်းကိုပြသော ဘဏ်ရှင်းတမ်းများ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ပင်စင်ချက်လက်မှတ် (သို့) ယင်းလက်မှတ်ကို အလိုအလျောက် ဘဏ်အပ်ခြင်းကိုပြသော ဘဏ်ရှင်းတမ်း မိတ္တူ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ ဝင်ငွေအထောက်အထား (သို့) စစ်ပြန်၏ စီမံဝင်ငွေ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
စားနပ်ရိက္ခာထုတ်ခွင့်လက်မှတ်အတွက် သတ်မှတ်ချက်နှင့်ကိုက်ညီမှု။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
အလုပ်လက်မဲ့ ခံစားခွင့်များ (သို့) အလုပ်မှ ရပ်စဲခံရသော အထောက်အထား။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Township Trustee မှ ထောက်ပံ့ငွေ အထောက်အထား။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Section 8 Housing ၏ အထောက်အထား။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CANI မှ အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာ အထောက်အထား။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ဘုရားကျောင်း (သို့) ပရဟိတအဖွဲ့အစည်းမှ ထောက်ပံ့မှုအထောက်အထား။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hoosier Healthwise အတွက်မှီခိုသူ၏ သတ်မှတ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီမှု။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
အိုးယာမဲ့ ခိုလှုံအဆောက်အဦ၊ Halfway houses မှ လူနာသည် ယင်းနေရာတွင် နေထိုင်သူဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြစာ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
မိသားစုဝင်သည် စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ (သို့) ထောက်ပံ့မှုဖြင့် နေထိုင်ရသူဖြစ်ပါက စောင့်ရှောက်မှုအတွက် လစဉ်ကုန်ကျစရိတ်ကို ဖော်ပြထားသော ထိုနေရာမှပေးသည့် အချက်အလက်။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
မိတ်ဆွေများနှင့် မိသားစုဝင်များထံမှ အကူအညီရခြင်းဖြစ်လျှင် သူ/သူမက ပေးသော အထောက်အပံ့အမျိုးအစားကို စာရင်းပြုစုထားသော တတိယပါတီထံမှ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ကိုယ်ပိုင် အလုပ်လုပ်လျှင် ယခုနှစ်ယင်းနေ့ နေ့စွဲအထိ အမျိုးအစားအလိုက် ဝင်ငွေနှုင။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ပေးဆောင်ရမည့် ဆေးကုသစရိတ် တောင်းခံလွှာအားလုံး မိတ္တူ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ညွှန်ကြားသော ဆေးဝါးလက်ခံစာရွက်အားလုံး မိတ္တူ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ငှားရမ်းထားသည့် ပိုင်ဆိုင်မှုလိပ်စာနှင့် ငှားရမ်းထားသောပိုင်ဆိုင်မှု၏ တန်ဖိုးကို ဖော်ပြပါ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ငှားရမ်းထားသော ပိုင်ဆိုင်မှု၏ ဈေးကွက်တန်ဖိုးကို ဖော်ပြပါ။	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

အထက်ပါ လျှောက်ထားမှုသည် ပြည့်စုံမှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ အာမခံပါသည်။ ဤအချက်အလက်များကို မှန်ကြောင်းအတည်ပြုစစ်ဆေးရန် Parkview Health ကို ကျွန်ုပ်တို့ ခွင့်ပြုပါသည်။

အာမခံသူလက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____
 အိမ်ထောင်ဖက်လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

--- FOR PATIENT ACCOUNTING USE ONLY ---

Family Size: _____ Date: _____ Approved/Denied: _____
 Guidelines: _____ Reason: _____
 FPL Income: _____ FPL Percentage: _____