

### ငွေကြေး ထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာ

ကျွန်ုပ်၏ နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ၊ မိသားစုဦးရေ၊ ပိုင်ဆိုင်မှုတို့နှင့်ဆက်စပ်၍ တင်ပြထားသည့် အချက်အလက်များကို Pine Rest Christian Mental Health Services (Pine Rest ခရစ်ယာန် စိတ်ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ) မှစစ်ဆေးအတည်ပြုခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ တင်ပြထားသည့်အချက်အလက်များမှာ မှားယွင်းကြောင်းဆုံးဖြတ်ခဲ့လျှင် ဤလျှောက်လွှာအား ပယ်ဖျက်သွားမည်ဖြစ်ပြီး ပေးချေရမည့် လက်ကျန်ငွေစာရင်းအား ကျွန်ုပ်ဆက်လက်ပေးရန် တာဝန်ရှိကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

#### အပိုင်း တစ်- လူနာ အချက်အလက် (စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးရန်)

အကောင့်နံပါတ်	ဝန်ဆောင်မှု ရက်စွဲ (များ)	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်
လူနာအမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ၊ အလယ်စာလုံး အစ)		မွေးနေ့ရက်စွဲ
လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်
အိမ်ဖုန်း ( )	လက်ကိုင်ဖုန်း ( )	အခြားဖုန်း ( )
အိမ်ထောင်မှုအခြေအနေ လူလွတ် အိမ်ထောင်ရှိ ကျား/မ အခြား _____	သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် တရားဝင် နေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်	သင့်တွင် သင့်ဝန်ဆောင်မှုလက်ခံချိန်၌ ကျန်းမာရေးအာမခံ (သို့) အခြားအာမခံတစ်ခုခုရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ
ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းကို သင်လျှောက်ထားပါသလား။ လျှောက် မလျှောက် မလျှောက်လျှင် ဘာကြောင့်လဲ။ _____	မည်သူက မူလ လျှောက်ထားသူဖြစ်ပါသလဲ။ မိမိကိုယ်တိုင် အိမ်ထောင်ဖက် အခြား- _____	သင့်အိမ်ရှိတစ်ဦးတစ်ယောက်သည် ပြည်သူ့အထောက်အပံ့ကို ရရှိပါသလား။ ငွေသား အစားအသောက် အခြား- _____

#### အပိုင်း နှစ်- အာမခံပေးသူ/တာဝန်ခံပေးသူ အချက်အလက်

အာမခံပေးသူ/တာဝန်ခံပေးသူ - အမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ၊ အလယ်စာလုံး အစ)	မွေးနေ့ရက်စွဲ	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်
လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်
လက်ကိုင်ဖုန်း ( )	အခြားဖုန်း ( )	ကောင်တီ
လူနာနှင့် ဆွေးမျိုးတော်စပ်ပုံ		

#### အပိုင်း သုံး - အိမ်ထောင်စု အချက်အလက် (သင့်အိမ်တွင် နေထိုင်သူအားလုံးကို ဖော်ပြရန်)

အိမ်ထောင်စုဝင်၏ အမည်	မွေးနေ့ရက်စွဲ	လူနာနှင့် ဆွေးမျိုးတော်စပ်ပုံ	ဤသူကိုသင်၏ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းတွင် ထည့်သွင်းထားပါသလား။	အိမ်ထောင်စုဝင်၏ အမည်	မွေးနေ့ရက်စွဲ	လူနာနှင့် ဆွေးမျိုးတော်စပ်ပုံ	ဤသူကိုသင်၏ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းတွင် ထည့်သွင်းထားပါသလား။
1.			ဟုတ် မဟုတ်	4.			ဟုတ် မဟုတ်

2.			ဟုတ် မဟုတ်	5.			ဟုတ် မဟုတ်
3.			ဟုတ် မဟုတ်	6.			ဟုတ် မဟုတ်

နောက်တိုး အိမ်ထောင်စုဝင်များကို နောက်ထပ်စာရွက်တွင် တင်သွင်းနိုင်သည်။

**အပိုင်း လေး- ကုန်ကျစရိတ်များ (အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် လစဉ်ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးထည့်သွင်းရန်)**

အိမ်လခ	ကားလခ	အပူ	လက်ကိုင်ဖုန်းခ
အိမ်ခွန် (နှစ်စဉ်)	ကား အာမခံကြေး	လျှပ်စစ်အားခ	ကုန်ခြောက်ကုန်ခြမ်း
အငှားခ/နေရာငှားခ	ဓါတ်ဆီ (ယာဉ်)	ဖုန်းကြေး	ကျူရှင်ခ
အိမ်/အငှား အာမခံကြေး	ကလေးစောင့်ရှောက်ခ/ကလေးထောက်ပံ့ကြေး	ရေ/အိမ်သာ/အမှိုက်သန့်ရှင်းခ	အခြား-
ကျန်းမာရေးအာမခံ/အခကြေးငွေများ	အသက်အာမခံ	ကေဘယ်/ဆက်တက်လိုက်/အင်တာနက်ကြေး	အခြား-

**အပိုင်း ငါး - ဝင်ငွေ (အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ ဝင်ငွေများထည့်သွင်းရန်)**

လစဉ်ဝင်ငွေ ရင်းမြစ်	မည်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်က ဤဝင်ငွေရရှိပါသလဲ။	လက်ရှိ လစဉ် အသားတင် ဝင်ငွေပမာဏ	လစဉ်ဝင်ငွေ ရင်းမြစ်	မည်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်က ဤဝင်ငွေရရှိပါသလဲ။	လက်ရှိ လစဉ် အသားတင် ဝင်ငွေပမာဏ
လုပ်အားခ			လုပ်အားခ		
ကိုယ်ပိုင် စီးပွားရေး			ကိုယ်ပိုင် စီးပွားရေး		
ကလေးထောက်ပံ့ကြေး/ မယားစားစရိတ်			ကလေးထောက်ပံ့ကြေး/ မယားစားစရိတ်		
လူမှုဖူလုံရေး			လူမှုဖူလုံရေး		
ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုများ			ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုများ		
ပင်စင်/အစုအမြတ်ငွေ			ပင်စင်/အစုအမြတ်ငွေ		
မုန့်ဖိုး/ကော်မရှင်			မုန့်ဖိုး/ကော်မရှင်		
အတိုး			အတိုး		
အိမ်ငှားခဝင်ငွေ			အိမ်ငှားခဝင်ငွေ		
မျိုးနွယ်စု ထောက်ပံ့ကြေးဝင်ငွေ			မျိုးနွယ်စု ထောက်ပံ့ကြေးဝင်ငွေ		
အလုပ်လက်မဲ့			အလုပ်လက်မဲ့		

လုပ်သား လျှောက်ကြေးငွေ			လုပ်သား လျှောက်ကြေးငွေ		
အခြား-_____			အခြား-_____		
<b>အပိုင်း ခြောက် - အိမ်ထောင်စု၏ ပိုင်ဆိုင်မှု (အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ ပိုင်ဆိုင်မှုထည့်သွင်းရန်)</b>					
<b>ပိုင်ဆိုင်မှု ရင်းမြစ်</b>	<b>မည်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်က ဤပစ္စည်းကို ပိုင်ဆိုင်ပါသလဲ။</b>	<b>လက်ရှိပိုင်ဆိုင်မှု တန်ဖိုး</b>	<b>ပိုင်ဆိုင်မှု ရင်းမြစ်</b>	<b>မည်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်က ဤပစ္စည်းကို ပိုင်ဆိုင်ပါသလဲ။</b>	<b>လက်ရှိပိုင်ဆိုင်မှု တန်ဖိုး</b>
စာရင်းရှင် အပ်ငွေ			အိမ်ခြံမြေ (အိမ်) တန်ဖိုး		
စာရင်းရှင် အပ်ငွေ #2			အိမ်ခြံမြေ #2 တန်ဖိုး		
စုငွေ			ယာဉ် (မူလ) တန်ဖိုး		
စုငွေ #2			ယာဉ် #2 တန်ဖိုး		
စာရင်းသေအပ်ငွေလက်မှတ်/ ငွေကြေးဈေးကွက်			မော်တော်ဆိုင်ကယ်/ATV/လှေ/ ကားနောက်တံ့		
401k/403B/IRA/အငြိမ်းစား			အသက်အာမခံ (အာမခံစွန့်လွှတ်သည့် တန်ဖိုး)		
စတော့/ငွေတိုက်စာချုပ်/ နှစ်စဉ်ရန်ပုံငွေ			အခြား-_____		
HSA/FSA			အခြား-_____		
<b>အပိုင်း ခုနှစ် - အာမခံ အကျုံးဝင်မှု</b>					
မူလ အကျုံးဝင်မှု	အသင်းဝင် ID နံပါတ်	အုပ်စု နံပါတ်	အသင်းဝင်သူအမည်	လူနာနှင့် ဆွေးမျိုးတော်စပ်ပုံ	
အကျိုးခံစားခွင့်များ (Pine Rest ဝန်ထမ်းက ဖြည့်စွက်ရန်)					
ဆင့်ပွား အကျုံးဝင်မှု	အသင်းဝင် ID နံပါတ်	အုပ်စု နံပါတ်	အသင်းဝင်သူအမည်	လူနာနှင့် ဆွေးမျိုးတော်စပ်ပုံ	
အကျိုးခံစားခွင့်များ (Pine Rest ဝန်ထမ်းက ဖြည့်စွက်ရန်)					

**အပိုင်း ရှစ်- တောင်းခံမှု အကြောင်းရင်း (စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးရန်)**

တောင်းခံမှုအတွက် လူနာ၏ အကြောင်းရင်း (နေရာအလွတ် နောက်ထပ်လိုအပ်လျှင် နောက်တိုးစာရွက်ဖြင့် ရေးသားလျှောက်တင်နိုင်သည်)

အောက်တွင် ကျွန်ုပ်က လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ဤလျှောက်လွှာနှင့် ပူးတွဲပါဖိုင်တိုင်းတွင် ဖော်ပြထားသည့် အချက်အလက်မှာ မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သက်သေခံအပ်ပါသည်။

တာဝန်ခံသူ၏ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

သင့်တွင် မေးခွန်းတစ်ခုခုရှိလျှင် ခေါ်ဆိုရန် \_\_\_\_\_ ဖုန်း ( ) \_\_\_\_\_

**ငွေကြေးအထောက်အပံ့ (FAP) 501R တောင်းခံမှုအတွက် Pine Rest ဝန်ထမ်းက ဖြည့်စွက်ရန်**

ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ဝန်ထမ်း လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

ဌာန ညွှန်ကြားရေးမှူး လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

အတည်ပြုမှု အခြေအနေ- အတည်ပြုသည် ငြင်းပယ်သည်	အတည်ပြုခဲ့လျှင် ပေးအပ်မည့် ပမာဏ/ရာခိုင်နှုန်း-	ငြင်းပယ်ခဲ့လျှင်၊ ပယ်ချသည့် အကြောင်းရင်း-
အကျိုးဝင်သည့် ရက်စွဲ (များ)-	သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်စွဲ/သက်တမ်းတိုးရန် သတ်မှတ် ရက်စွဲ-	

**လူနာ အထောက်အပံ့ ရန်ပုံငွေ (PAF) တောင်းခံမှုအတွက် Pine Rest ဝန်ထမ်းမှ ဖြည့်စွက်ရန်**

ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ဝန်ထမ်း လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_  
 ဌာန ညွှန်ကြားရေးမှူး လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

အတည်ပြုမှု အခြေအနေ- အတည်ပြုသည် _____ ငြင်းပယ်သည် _____	အတည်ပြုလျှင် ပျမ်းမျှ ပေးအပ်မှု ပမာဏအသေးစိတ်ကို အောက်တွင် ကြည့်ပါ။ ပေးအပ်မှု မှတ်ချက်များ-	ငြင်းပယ်ခဲ့လျှင်၊ ပယ်ချသည့် အကြောင်းရင်း-
အတွင်း လူနာ နေထိုင်မှု		
နောက်တိုး နေထိုင်မှုများ-		
PPG ရက်ချိန်းများ-		
ECT/TMS ကုသမှု-		
PCC ရက်ချိန်းများ -		
Detox နေထိုင်မှု-		
နေထိုင်သူများ-		
အကျိုးဝင်သည့် ရက်စွဲ (များ)-	သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်စွဲ/သက်တမ်းတိုးရန် သတ်မှတ် ရက်စွဲ-	