ဤ လျှောက်လွှာစာရွက် အား မဖြည့်ပါနှင့်။ ၎င်းမှာ လျှောက်ထားရန် လျှောက်လွှာ မဟုတ်ပါ။

09/2014

Health Insurance Marketplace

ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်နှင့်စရိတ်မျှပေးရေး လျှောက်လွှာ

အတည်ပြုသောစာရွက်စာတမ်း
OMB နံပါတ် ၀၉၃၈-၁၁၉၁

အွန်လိုင်းမှလျှောက်လျှင် ပိုမြန်သည်။

HealthCare.gov. အွန်လိုင်းမှလျှောက်လျှင် ပိုမြန်သည်။

မည်သည့်ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်နှင့် သင့်အတွက်သင့်တော်သည်ကို လျှောက်လွှာတွင်လေ့လာပါ။

- ခံစားခွင့်များများပေးနိုင်သောပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးအာမခံစနစ် များကသင့်ကိုပို၍အဆင်ပြေစေ သည်။။
- ခံစားခွင့်များများပေးနိုင်သောပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးအာမခံစနစ် များကသင့်ကိုပို၍အဆင်ပြေစေ သည်။။
- အခမဲ့နှင့် ကုန်ကျစရိတ်နည်းစွာပေးရသော Medicaid နှင့် ကလေးများအတွက်ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်များ (CHIP)။

မိသားစုဝင်လေးဦးရှိပြီး တနှစ်ဝင်ငွေ $၉၅၅,၄၀၀ ရှိသည့်တိုင် အခမဲ့နှင့် ကုန်ကျစရိတ် နည်းစွာပေးရသော အစီအစဉ်ကို သင်ရရှိနိုင်သည်။

ဤလျှောက်လွှာကို မည်သူအသုံးပြုနိုင်သနည်း။

- သင်၏မိသားစုတစ်ဦးဦးအတွက် ဤလျှောက်လွှာကို အသုံးပြုပါ။
- **သင်နှင့်သင်၏ကလေး၌ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ရှိသော်ငြားလည်း ကုန်ကျစရိတ်နည်းစွာပေးရခြင်းနှင့် အခမဲ့ခံစားခွင့်တို့ ရရှိနိုင်သည်။**
- သင်သည်အိမ်ထောင်မရှိသူ ဖြစ်ခဲ့လျှင် လျှောက်လွှာပုံစံတို့ကို အသုံးပြုနိုင်သည်။ Healthcare.gov. ၌လေ့လာပါ။
- အခြားသောနိုင်ငံမှပြောင်းရွှေ့ လာကြသောမိသားစုများ လျှောက်ထားနိုင်သည်။ သင်ကိုယ်တိုင်က ခံစားခွင့်များ အတွက်အကျိုးမဝင် သည့်တိုင်အောင် သင်၏ကလေးအတွက် လျှောက်ထားနိုင်သည်။
- ဤလျှောက်ထားခြင်းအားဖြင့် သင်၏နေထိုင်မှု၊ အမြဲတမ်းနေထိုင်ခြင်း၊ နိုင်ငံသား ဖြစ်ခြင်းတို့ကို မထိခိုက်နိုင်ပါ။ တစ်စုံတစ်ယောက်က သင်၏လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပေးခဲ့ရပါလျှင် အချပ်ပို(၇) ကိုပါဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်သည်။

လျှောက်ထားခြင်း၌ သင်လိုအပ်မည့်အရာများ

- ခံစားခွင့်လိုအပ်သောသူများ အတွက် ဆိုရှယ်နံပါတ်(သို့) အထောက်အထားပြနံပါတ် တခုခု
- အလုပ်ရှင်နှင့် မိသားစုဝင်တိုင်း၏ ဝင်ငွေအချက်အလက် (ဥပမာ- အလုပ်မှရသောချက်လက်မှတ်၊ W-2 စာရွက်စာတမ်းများ၊လုပ်အားခနှင့်အခွန်စာ ရွက်စာတမ်းများ။)
- လက်ရှိကျန်းမာရေးအာမခံ ပေါ်လစီနံပါတ်
- မိမိ၏မိသားစုဝင် တစ်ဦးဦး၏ အလုပ်နှင့်သက်ဆိုင်သောကျန်း မာရေးအာမခံ အချက်အလက်များ

ဒီအချက်အလက်များ ဘာကြောင့် မေးရပါသလဲ။

ဝင်ငွေနှင့်အခြားသောအချက် အလက်များမေးခြင်းဖြင့် သင်သည် မည်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်ကို ရရှိနိုင်ကြောင်းသိစေရန်နှင့် သင့်ဘက်မှ စရိတ်မျှပေးနိုင်ခြင်းရှိမရှိ သိစေရန် ဖြစ်ပါသည်။ တရားဥပဒေနှင့်အညီ **သင်ပေးသောအချက်အလက်များ အားလုံးကို လျှို့ဝှက်စွာထိန်းသိမ်း ထားမည်ဖြစ်ပါသည်။ လျှို့ဝှက်စွာ ထိန်းသိမ်းခြင်းဥပဒေ အကြောင်း အရာကိုကြည့်ရန် Healthcare.gov. (သို့) နည်းဥပဒေ များ၌တွေ့နိုင်ပါသည်။**

နောက်တစ်ဆင့်၌ဘာဖြစ်မလဲ။

စာမျက်နှာ ၇ ပါလိပ်စာသို့ သင်ပြီး ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသော၊ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော၊ လျှောက်လွှာကိုပို့ရမည်။ **တောင်းဆို ထားသောအချက်အလက်အားလုံး မပြည့်စုံသော်လည်း လက်မှတ်ထိုး၍လျှောက်လွှာကိုတင်ရပါမည်။ လိုအပ်ချက်များရှိခဲ့လျှင် Marketplace မှ တစ်ပါတ်နှစ်ပါတ် အတွင်း ဖုန်းခေါ်၍ဆက်သွယ်မည်။** သင့်လျှောက်လွှာစိစစ်ပြီးလျှင် သင်ရရှိသည်/မရရှိသည်ကို အသုံး အဖြတ်ပေးစာပို့ပါမည်။ အကယ်၍ အကြောင်းကြားစာမရရှိပါက Marketplace Call Center ကိုဆက်သွယ်ရပါမည်။ ဤလျှောက်လွှာဖြည့်စွက်ခြင်း အားဖြင့် သင်ဘက်မှကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်များကိုဝယ်ယူရမည်ဟုမဆိုလိုပါ။

ဤလျှောက်လွှာအား ဖြင့်အကူအညီရယူခြင်း။

- **အွန်လိုင်း HealthCare.gov.**
- **ဖုန်း** Marketplace Call စင်တာ **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ဆိုပါ။ TTY အသုံးပြုသူများဖြစ်လျှင် **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုပါ။
- **လူကိုယ်တိုင်လာရောက်ခြင်း** သင်နေထိုင်သောပတ်ဝန်းကျင်၌ ကူညီအကြံပေးနိုင်သူရှိလိမ့်မည်။ Healthcare.gov. ၌ လေ့လာခြင်း အားဖြင့်သော်လည်းကောင်း၊ Marketplace Call စင်တာ **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ဆိုခြင်း အားဖြင့်သော်လည်းကောင်း၊ အချက်အလက်များရယူနိုင်သည်။
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.
- **အခြားသောဘာသာစကားများ:** အင်္ဂလိပ်စကားမဟုတ်ဘဲ အခြားသော ဘာသာစကား ပြောပေးရန်လိုအပ်ပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ဆိုပြီး မိမိလိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

PRA ဖွဲ့ပြောရေးသားထားချက်များ: စာရွက်စာတမ်းများသီးသန့်ထားခြင်းဆိုင်ရာအက်ဥပဒေ ၁၉၉၅ အရ ခိုင်မာသောOMB ထိန်းသိမ်းနံပါတ်ကိုအချက်အလက်များပေါ်၌ ဖော်ပြ ထားခြင်းမရှိပါက မည်သူတစ်ဦး တစ်ယောက်မျှ တုန့်ပြန်ရန်မလိုပါ။ ဤအချက်အလက်များကောက်ခံ ခြင်းဆိုင်ရာ ခိုင်မာသော OMB ထိန်းသိမ်းနံပါတ်မှာ ၀၉၃၈-၁၁၉၁ ဖြစ်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များဖြည့်စွက်ခြင်းကို နည်းဥပဒေများလေ့လာခြင်း၊ ရှိထားသောကောက်နှတ်ချက် များရှာဖွေခြင်း၊ ဖြည့်စွက်ခြင်းနှင့် ပြန်လည်စိစစ်ခြင်း အားလုံး ၄၅မိနစ် အချိန်ယူရမည်။ အချိန်နှင့် ပတ်သက်၍ ဝေဖန်ချက်၊ ပိုကောင်းသောအကြံဉာဏ်များရှိခဲ့ပါလျှင် CMS,7500 Security Boulevard, Att: PRA Reports, Clearance officers Mail Stop C4-၂၆-၀၅ Baltimore Maryland 21244-1850 သို့စာရေးပေးပို့ နိုင်ပါသည်။

မှင်အနက်(သို့)နက်ပြာကိုအသုံးပြု၍ အင်္ဂလိပ်စာလုံးအကြီး (Capital Letter) နှင့်ရေးရမည်။
ဤ (◯) ၌ → ● ဖြည့်စွက်ရမည်။

အဆင့် ၁: သင့်အကြောင်းဖော်ပြပါ။

(သင့်လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ဆက်သွယ်နိုင်ရန် မိသားစုတွင်းမှ အရွယ်ရောက်ပြီးသူလူကြီးတစ်ဦး လိုအပ်သည်။)

၁။ ပထမအမည်	အလယ်အမည်	နောက်ဆုံးအမည်	Suffix
၂။ နေရပ်လိပ်စာ (မရှိပါက ကွက်လပ်ထားပါ)			၃။ အခန်းအမှတ်
၄။ မြို့	၅။ ပြည်နယ်	၆။ ZIP သင်္केတအမှတ်	၇။ မြို့နယ်၊ သင်းအုပ်အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် ရပ်ကွက်
၈။ စာပို့ရန်လိပ်စာ(အိမ်လိပ်စာနှင့်မတူခဲ့လျှင်)			၉။ အခန်းအမှတ်
၁၀။ မြို့	၁၁။ ပြည်နယ်	၁၂။ ZIP သင်္केတအမှတ်	၁၃။ မြို့နယ်၊ သင်းအုပ်အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် ရပ်ကွက်
၁၄။ နေခင်းဆက်သွယ်နိုင်သော ဖုန်းနံပါတ်		၁၅။ ညနေပိုင်းဆက်သွယ်နိုင်သော ဖုန်းနံပါတ်	
( ) –		( ) –	

၁၆။ ဤလျှောက်လွှာစာနှင့် သက်ဆိုင်သောအချက်အလက်များ ကိုအီးမေးလ်မှတဆင့် ရယူလိုပါသလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

အီးမေးလ်လိပ်စာ

၁၇။ သင်၏ဦးစားပေး ဘာသာစကား ဟာဘာလဲ။ သင်၏ဦးစားပေးရေးသောဘာသာစကားဟာဘာလဲ။

အဆင့် ၂: သင့်မိသားစုအကြောင်း ပြောပါ။

ဤလျှောက်လွှာ၌ မည်သူကို ထည့်သွင်းချင်သလဲ။

မိမိ၏အိမ်ထောင်မိသားစုဝင် အယောက်စီတိုင်းအတွက် အဆင့် ၂ ၏စာမျက်နှာများ၌ဖြည့်စွက်ပါ။ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ရှိနေသည့်တိုင် ဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်သည်။ ဤလျှောက်လွှာပါအချက်အလက်အားဖြင့် လူအယောက်စီတိုင်း မိမိတို့ရသင့်သော အကောင်းဆုံး သောခံစားခွင့်ရှိစေရန် ဖြစ်သည်။ ကူညီပေးနိုင်သောအတိုင်းအတာ သို့မဟုတ် ရရှိနိုင်သောခံစားခွင့် သည် မိသားစုတွင်းရှိ လူဦးရေနှင့် သူတို့၏ဝင်ငွေပေါ်တွင် အခြေခံသည်။ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ရှိနေသူကို သင်မထည့်သွင်း သော်လည်း သင်မထည့်လိုက်ခြင်းကြောင့် သင်ရရှိနိုင် သောခံစားခွင့်ကို သက်ရောက်မှု တစ်ခုခုဖြစ်နိုင်သည်။

အရွယ်ရောက်ပြီး၍ ခံစားခွင့်လိုအပ် သူများအတွက်

ဤသူတို့မှမိမိတို့ကိုယ်တိုင် ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ကိုမလျှောက် ထားသည့်တိုင် သူတို့ကိုပါထည့်သွင်းရမည်။

- ဇနီး/ခင်ပွန်း
- အသက် ၂၁နှစ်အောက်အတူနေ သားသမီး၊ လင်ပါ/မယားပါ သားသမီးအပါအဝင်
- အစိုရကိုပေးရသောဝင်ငွေခွန်စာရင်း တွင်ပါဝင်သူအယောက်စီတိုင်း (မိဘနှင့်အတူတွဲပါနေသော ၂၁နှစ်အ ထက်သားသမီးအပါအဝင်)။
  ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ရရန်အတွက် ဝင်ငွေခွန်စာရင်းပြုစုရန်မလိုပါ။

ခံစားခွင့်လိုအပ်သူအသက် ၂၁နှစ် အောက်ကလေးများအတွက်

ဤသူတို့မှမိမိတို့ကိုယ်တိုင် ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်မလျှောက်ထားသည့် တိုင်သူတို့ကိုပါထည့်သွင်း ရမည်။

- အတူနေမိဘ(သို့မဟုတ်ပဒေါ်/မိဘွား)
- အတူနေမောင်နမ
- အတူနေသားသမီး၊လင်ပါ/မယားပါ သားသမီးအပါအဝင်
- အစိုးရကိုပေးရသောဝင်ငွေခွန်စာရင်းတွင်ပါ ဝင်သူ အယောက်စီတိုင်း။ ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် ရရန်အတွက် ဝင်ငွေခွန်စာရင်း ပြုစုရန်မလိုပါ။

မိသားစုဝင်တစ်ဦးစီတိုင်းအတွက် အဆင့် ၂ကိုဖြည့်စွက်ရမည်။

မိမိအတွက်စတင်ဖြည့်စွက်ပါ။ ထို့နောက် အရွယ်ရောက်ပြီးလူကြီး များနှင့် ကလေးများကိုဖြည့်စွက်ပါ။ မိသားစုဝင်နှစ်ဦးထက်ပိုပါက စာရွက်များကို မိတ္တူကူး၍ ပူးတွဲပို့ရမည်။

ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်မလိုအပ်သောမိသားစု ဝင်တို့၏နိုင်ငံပြောင်းရွှေ့နေထိုင်မှု၊ ဆိုရှယ်နံပါတ် (SSN)တို့ကို ထည့်သွင်းရန်မလိုပါ၊ တရားဥပဒေနှင့်အညီ သင်ပေးသောအချက်အလက်အားလုံးကိုလျှို့ဝှက်စွာထိန်းသိမ်း ထား မည်ဖြစ်သည်။ သင်ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ရလိုက် မထိုက်ကို သင့်ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များ ဖြင့်သာ အသုံးပြုကြည့်ရှုသွားမည်ဖြစ်သည်။

သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။ HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။.

ဤ လျှောက်လွှာစာရွက် အား မဖြည့်ပါနှင့်။ ၎င်းင်းမှာ လျှောက်ထားရန် လျှောက်လွှာ မဟုတ်ပါ။

အဆင့် ၂: ပထမလူ သင်နှင့်အစပြုပါ။

သင်၏နေရပ်/ခင်ပွန်း သို့မဟုတ် အတူနေသူ၊ အတူနေသားသမီးများနှင့် အိုးရက်ကို ပေးရသော ဝင်ငွေခွန်စာရင်းတွင် ပါဝင်သူအယောက်စီတိုင်းကို အဆင့် ၂တွင်ဖြည့်စွက်ပါ။ စာမျက်နှာ ၁ တွင် မည်သူ့ကို ထည့်သွင်းရမည်းကိုကြည့်ပါ။ ဝင်ငွေ ခွန်စာရင်းပြုစုထားခြင်းမရှိပါက မိမိနှင့်အတူနေမိသားစုဝင်များကို ထည့်သွင်းရန်သတိရပါ။

၁။ ပထမအမည်	အလယ်အမည်	နောက်ဆုံးအမည်	Suffix

၂။ပထမလူနှင့်မည်သို့ တော်စပ်ကြောင်း	၃။ အိမ်ထောင်ရှိသလား	၄။ မွေးသက္ကရာဇ် (လလ/ရက်ရက်/ခုနှစ်)	၅။ လိင်
ကိုယ်တိုင်	○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။	/ /	○ ကျား ○ မ

၆။ ဆိုရှယ်နံပါတ် (SSN) – –

သင်၌ SSN ရှိပြီး သင်ကလည်း ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်လိုချင်လျှင် ဖြည့်စွက်ရန်လိုအပ်သည်။ သင်က ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်မလိုအပ် သည့်တိုင် SSN ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် လျှောက်လွှာစိစစ်ချိန်၌ မြန်ဆန်စေ ပါသည်။ သင်ကကုန်ကျစရိတ် ခံစားခွင့်များအတွက်လျှောက်လျှင် SSN များကိုကြည့်၍ Marketplace မှ ခံစားခွင့်ပေးနိုင် မပေးနိုင်ကို စိစစ်ပါမည်။ SSN ရနိုင် ရန်အတွက် Social Security ၁-၈၀၀-၇၂၂-၁၂၃၃ သို့ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် **Socialsecurity.gov** သို့လေ့လာပါ။ TTY အသုံးပြုသူများ အတွက် ၁-၈၀၀-၃၂၅-၀၇၇၈ သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

၇။ **လာမည့်နှစ်တွင်အစိုးရ ကိုပေး ရသောဝင်ငွေခွန်စာရင်းပြုစုရန်အစီအစဉ် ရှိပါသလား။** *အစိုးရကိုပေးရသော ဝင်ငွေခွန် စာရင်းပြုစုထားခြင်း မရှိသော်လည်း ခံစားခွင့်လျှောက် ထားနိုင်ပါသည်။*

○ **ရှိပါသည်။ ရှိလျှင်** မေးခွန်း က-ဂ အထိ ဖြေဆိုပါ။ ○ **မရှိပါ။ မရှိလျှင်** မေးခွန်း ဃ ကိုကျော် သွားပါ။

က။ သင်၏ဇနီး/ခင်ပွန်းနှင့်အတူ စာရင်းပြုစုမည်လား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

ရှိလျှင် ဇနီး/ခင်ပွန်းအမည်ရေးပါ။

ခ။ ဝင်ငွေခွန်စာရင်း၌ မှီခိုသူအမည် ထည့်သွင်းမည်လား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

ထည့်လျှင် မှီခိုသူ(များ)စာရင်းရေးပါ။

ဂ။ သူတစ်ပါး၏ဝင်ငွေခွန်စာရင်း၌ မှီခိုသူအဖြစ်သင့်ကိုသင်ထည့်မည်လား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

ထည့်လျှင် ဝင်ငွေခွန်စာရင်းပြုစုသူ အမည်ကို ထည့်သွင်းပါ။

ဝင်ငွေခွန်စာရင်းပြုစုသူနှင့်မည်သို့ တော်စပ်သနည်း။

၈။ သင်၌ကိုယ်ဝန်ရှိနေသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။ ဃ။ **ရှိလျှင်** ကလေးဘယ်နှဦးကို ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားရပါသလဲ။

၉။ **သင်ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်လိုအပ် ပါသလား။** *သင်ကျန်မာရေးခံစားခွင့် ရထားသည့်တိုင် ပို၍ကောင်းသော ခံစားခွင့် သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ် နည်းသောခံစားခွင့်ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်ရှိနိုင်သည်။*

○ **လိုပါသည်။ လိုလျှင်** အောက်ပါ မေးခွန်းများအားလုံးဖြေပါ။ ○ **မလိုပါ။ မလိုလျှင်** စာမျက်နှာ ၃ ပါမေးခွန်းများကိုကျော်ပြီး ကျန်သည့်ဤစာမျက်နှာကို ကွက်လပ်ထားပါ။

၁၀။ သင်၏ခန္ဓာပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်နလုံးပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်နလုံးပိုင်းဆိုင်ရာ အကန့်အသတ်ရှိပါ သလား။ (ဥပမာ- ရေချိုးခြင်း၊ ဝတ်စားဆင်ယင်ခြင်း၊ နိစ္စဝူဝလုပ်ဆောင်ခြင်း၊ စသဖြင့်) ၌ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုခံရခြင်း၊ ကျန်းမာရေးအစောင့်အရှောက်ခံဌာနဌာသွား ရောက်နေထိုင်ရခြင်းများ ရှိပါသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

၁၀။ **သင်သည်အမေရိကန်နိုင်ငံသား လား။အမေရိကန်နိုင်ငံဖွားလား။** ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

၁၂။ **သင်သည်နိုင်ငံတွင်းမွေးဖွားသူ သို့မဟုတ် ပြည်ပ၌မွေးဖွားသူနိုင်ငံ သားလား။** *(အမေရိကန်နိုင်ငံပြင်ပ၌ မွေးဖွားခြင်းကိုဆိုလိုသည်။)*

○ **ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်သည်ဆိုလျှင်** က နှင့် ခ ကိုဖြည့်စွက်ပါ။ ○ **မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်လျှင်** မေးခွန်း ၁၃ ကိုဆက်လက်ဖြေကြားပါ။

က။ A နံပါတ်

ခ။ လက်မှတ် နံပါတ်

က နှင့် ခ ကို ဖြေဆိုပြီးလျှင် မေးခွန်း ၁၄ ကိုဖြေပါ။

၁၃။ သင်သည် **အမေရိကန်နိုင်ငံ သား။ အမေရိကန်နိုင်ငံဖွား** မဟုတ် ပါလျှင် တရားဝင်နေထိုင်ခွင့်ရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။

○ **ဟုတ်ပါသည်။** လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဆိုင်ရာအချက်အလက်၊ နေထိုင်နိုင် ခွင့်အမျိုး အစားနှင့် ID နံပါတ် ကိုရေးပါ။ *လမ်းညွှန်ပေးချက်များကိုကြည့်ပါ။*

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ နေထိုင်နိုင်ခွင့် အမျိုးအစား	နေထိုင်နိုင်သည့်အမျိုးအစား (ဖြည့်စွက်လိုမှဖြည့်စွက်ပါ)	လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ နေထိုင်နိုင်ခွင့် အမျိုးအစား ပေါ်၌ ဖော်ပြထားသောအမည်ကိုရေးပါ။

A သို့မဟုတ် I-၉၄ နံပါတ်	ကဒ်နံပါတ် သို့မဟုတ် ပို့စ်ပို့နံပါတ်

SEVIS ID(ကျောင်းသား သို့မဟုတ် ခေတ္တနေထိုင်သူအမှတ်) သို့မဟုတ် ကုန်ဆုံးမည့်နေ့စွဲ (ဖြည့်စွက်လို မှဖြည့်စွက်ပါ)	အခြား (နံပါတ်အမျိုးအစား သို့မဟုတ် ပို့စ်ပို့ထုတ်ပေးသောနိုင်ငံ)

က။ အမေရိကန်နိုင်ငံ၌ ၁၉၉၆ခုနှစ် ကတည်းကနေခဲ့ပါသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

ခ။ သင် သို့မဟုတ် သင်၏ ဇနီး/ခင်ပွန်း သို့မဟုတ် သင်၏မိဘ သည် စစ်မှုထမ်း ခဲ့ပါသလား။ သို့မဟုတ်အမေရိကန်စစ်တပ်၌ လက်ရှိတာဝန်ထမ်းဆောင်လျက်ရှိပါသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

၁၄။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွက်ကျန်းမာရေးနှင့် သက်ဆိုင် သော ပေးဆောင်ရသည့်ငွေ အတွက် ကူပေးခြင်းလိုချင်ပါသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

၁၅။ အသက် ၁၉နှစ်အောက် အနည်းဆုံး ကလေးတစ်ဦး သင်နှင့်အတူနေထိုင်၍ ထိုကလေးအား သင်ကအဓိက တာဝန်ယူသူဖြစ်နေသလား။
(သင် သို့မဟုတ် သင်၏ဇနီး/ခင်ပွန်းက တာဝန်ယူရလျှင် "ဟုတ်သည်" ဟုရွေးချယ်ပါ။) ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

၁၆။ အသက် ၁၉နှစ်အောက် ကလေးမည်သူမဆို သင့်အိမ်၌ နေထိုင်လျှင် သူတို့၏အမည် နှင့် တော်စပ်ပုံ ကိုပြောပြပါ။

၁၇။ သင်သည်အချိန်ပြည့် ကျောင်းသား တစ်ဦးလား။	၁၈။ သင်အသက်၁၈နှစ်နှင့်အထက် အရွယ်၌ စောင့်ရှောက်မွေးစားခြင်း ခံရပါသလား။
..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။	..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

လိုအပ်လျှင်: *(ဖြည့်စွက်လျှောက် ထားရန်)*

၁၉။ **လူမျိုး** ○ အဖြူ ○ အမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန် ○ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလတ်စကား ဇာတိ ○ ဖိလစ်ပိုင်နီ ○ ဂျပန် ○ ကိုးရီးယန်း ○ အာရှ အင်ဒီးယန်း ○ တရုတ် ○ ဗီယက်နမ် ○ အခြားသောအာရှ ○ ဟာပိုင်ယံဇာတိ ○ ဂွါမေးနီးယန်း သို့မဟုတ် ချန်မိုရို ○ စန်မုန်း ○ အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား ○ အခြား _____

? သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။ HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆၃** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆၃** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။

အဆင့် ၂: ပထမလူ (သင့်အကြောင်း ဆက်လက်ဖြည့်ပါ။)

လက်ရှိအလုပ်အကိုင် နှင့် ဝင်ငွေ

- ◯ **အလုပ်ရှိသည်။** သင်လက်ရှိအလုပ်လုပ် နေလျှင် ဝင်ငွေနှင့် ပတ်သက်၍ ဖြည့်စွက်ပါ။ မေးခွန်း ၂၁ မှအစပြုပါ။
- ◯ **အလုပ်မရှိပါ။** မေးခွန်း ၃၁ သို့ကျော် လိုက်ပါ။
- ◯ **ကိုယ်ပိုင် အလုပ်လုပ်သည်။** မေးခွန်း ၃၀ သို့ကျော်လိုက်ပါ။

လက်ရှိအလုပ် ၁

၂၀။ အလုပ်ရှင်အမည်

က။ အလုပ်ရှင်လိပ်စာ

ခ။ မြို့	ဂ။ ပြည်နယ်	ဃ။ ZIP သင်္ကေတ	၂၁။ အလုပ်ရှင် ဖုန်းနံပါတ်
			( ) –

၂၂။ လုပ်အားခ/အပိုရငွေ (tip) (အခွန်မတွက်မီ)				၂၃။ တစ်ပတ်အတွင်း ပျမ်းမျှ အလုပ်ချိန်
$	◯ နာရီလိုက်ရငွေ	◯ အပတ်စဉ်ရငွေ	◯ ၂ပတ် တစ်ကြိမ်ရငွေ	
	◯ ၁လ နှစ်ကြိမ်ရငွေ	◯ လစဉ်ရငွေ	◯ နှစ်စဉ်ရငွေ	

လက်ရှိအလုပ် ၂ (သင်၌အခြားသော အလုပ်ရှိပြီး ဖြည့်စွက်ရန်နေရာ လိုအပ်ပါလျှင် အပိုစာရွက်နှင့် ပူးတွဲ တင်ပြပါ။)

၂၄။ အလုပ်ရှင်အမည်

က။ အလုပ်ရှင်လိပ်စာ

ခ။ မြို့	ဂ။ ပြည်နယ်	ဃ။ ZIP သင်္ကေတ	၂၁။ အလုပ်ရှင် ဖုန်းနံပါတ်
			( ) –

၂၆။ လုပ်အားခ/အပိုရငွေ (tip) (အခွန်မတွက်မီ)				၂၇။ တစ်ပတ်အတွင်း ပျမ်းမျှ အလုပ်ချိန်
$	◯ နာရီလိုက်ရငွေ	◯ အပတ်စဉ်ရငွေ	◯ ၂ပတ် တစ်ကြိမ်ရငွေ	
	◯ ၁လ နှစ်ကြိမ်ရငွေ	◯ လစဉ်ရငွေ	◯ နှစ်စဉ်ရငွေ	

၂၈။ **လွန်ခဲ့သောနှစ်က အောက်ပါ တို့ကို လုပ်ခဲ့ပါသလား။** ◯ အလုပ်ပြောင်းခြင်း ◯ အလုပ်နားခြင်း ◯ အချိန်အနည်းငယ်စတင်လုပ်ရခြင်း ◯ တစ်ခုမှမဟုတ်ပါ။

၂၉။ **ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်လျှင် ကနှင့်ခ ကိုဖြေဆိုပါ။**

က။ အလုပ်အမျိုးအစား

ခ။ ယခုလအတွက် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ အသားတင် ဝင်ငွေ(ကုန်ကျစရိတ်အားလုံး နှတ် ပြီးကျန်ငွေ) $
မည်မျှရသနည်း။ လမ်းညွှန်ချက်တွင်ကြည့်ပါ။

၃၀။. **ယခုလအတွင်းသင်ရရှိသော ဝင်ငွေ ရရှိသမျှသောဝင်ငွေများကို** ဖြည့်စွက်ပြီး အကြိမ်မည်မျှရရှိသည် ကိုထည့်သွင်းပါ။ တစ်ခုမျှမရှိလျှင် ဤနေရာတွင်ဖြည့်ပါ။ ◯
မှတ်ချက်။ ကလေး အတွက်အထောက်အပံ့ ငွေ၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်းရငွေ၊ SSI မှ **ဖြည့်စွက်** ပေးငွေတို့ကို ထည့်သွင်းရန်မလိုပါ။

◯ အလုပ်မရှိသူ	$	အကြိမ်မည်မျှ	◯ ခင်ပွန်း/မယားစရိတ်ရငွေ	$	အကြိမ်မည်မျှ
◯ ပင်စင်လစာ	$	အကြိမ်မည်မျှ	◯ ခြံလုပ်ငန်း/ငါးဖမ်းလုပ်ငန်းမှအသားတင်ငွေ	$	အကြိမ်မည်မျှ
◯ ဆိုရှယ်စီကျူရတီ	$	အကြိမ်မည်မျှ	◯ ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းငှါးရမ်းခြင်းမှရရှိငွေ	$	အကြိမ်မည်မျှ
◯ အပြိမ်စားစာရင်း	$	အကြိမ်မည်မျှ	◯ အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား	$	အကြိမ်မည်မျှ

၃၁။ **လျှောရျမေးငွေ။** အားလုံးကိုဖြည့်စွက်ပါ။ ပေးရသောငွေကြေးပမာဏ၊ဘယ်နှကြိမ်ပေးရသည်တို့ကိုထည့်ပါ။ ပေးရသောပမာဏ အပေါ် အစိုးရ ဝင်ငွေခွန်လျော့စွာ ထမ်းဆောင်ရပြီး ဤအရာများကို ဖော်ပြခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ကုန်ကျစရိတ်လည်းလျော့ သွားနိုင်သည်။
မှတ်ချက်။ သင်ပေးရသောကလေးအတွက် အထောက်အပံ့ငွေ၊ သို့မဟုတ် အသားတင်ငွေမှ ပေးရသော ကုန်ကျငွေ တို့ကို မထည့်သွင်းရပါ။ (မေးခွန်း ၃၀၁ခ)

◯ ခင်ပွန်း/မယားစရိတ်ပေးရငွေ	$	အကြိမ်မည်မျှ	◯ အခြားသောကုန်ကျငွေ အမျိုးအစား	$	အကြိမ်မည်မျှ
◯ ကျောင်းသားချေးငွေအတိုး	$	အကြိမ်မည်မျှ			

၃၂။ **တစ်နှစ်အတွင်း ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲရှိပါက**-အလုပ်တစ်ခုကိုတနှစ်လုံးလုပ်ခြင်းမဟုတ်ပဲ လအနည်းငယ်သာ လုပ်လျှင် ဤမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ လစဉ်ဝင်ငွေအပြောင်းအလဲကို မမျှော်လင့်လျှင် နောက်တစ်ဦး အတွက် ဖြည့်စွက်ပါ။ ➡

ယခုနှစ်အတွက်သင့်စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	**လာမည့်နှစ်**အတွက်သင့်စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (အပြောင်းအလဲ ရှိမည်ဟု သင်ထင်လျှင်)
$	$

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ဤအချက် များဟာ သင့်ထံမှကျွန်ုပ်တို့လိုအပ်သည်များ ဖြစ်ပါ သည်။

? **သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။** HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၁၀-၃၁၈-၂၂၈၆** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၁၀-၃၁၈-၂၂၈၆** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။.

ဤ လျှောက်လွှာစာရွက် အား မဖြည့်ပါနှင့်။ ၎င်းင်းမှာ လျှောက်ထားရန် လျှောက်လွှာ မဟုတ်ပါ။

အဆင့် ၂: ဒုတိယလူ

မှတ်ချက်။ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ဤသူမလိုအပ်လျှင် ဤစာမျက်နှာရှိ မေးခွန်း ၁-၁၀သာဖြေရန်။ မိသားစုဝင် ၂ ဦး ထက်ပို ပါက စာမျက်နှာ ၄-၅ ကိုမိတ္တူကူးရေးပြီး

စာမျက်နှာ ၇ မှ စာမျက်နှာ ၄

သင်နှင့်အတူနေ ဇနီး/ခင်ပွန်းအတူနေသူ နှင့် သားသမီးများ အတွက် သော်လည်းကောင်း၊ ဝင်ငွေ ခွန်စာရင်း တွင် ပါဝင်သူ တစ်ဦးဦး အတွက်သော်လည်းကောင်း၊ ဖြည့်စွက်ရမည်။

၁။ ပထမအမည်	အလယ်အမည်	နောက်ဆုံးအမည်	Suffix

၂။ ပထမလူနှင့်တော်စပ်ပုံ။ *လမ်းညွှန်ချက်တွင်ကြည့်ပါ။*	၃။ ဒုတိယလူ၌ အိမ်ထောင်ရှိ သလား။	၄။ မွေးသက္ကရာဇ် (လလ/ရက်ရက်/ခုနှစ်)	၅။ လိင်
	◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။	/ /	◯ ကျား ◯ မ

၆။ ဆိုရှယ်နံပါတ် (SSN) – –

ဒုတိယလူ၌ ဆိုရှယ်နံပါတ်ရှိပြီး ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်လိုအပ်လျှင် ဖြည့်စွက်ရန်လိုသည်။

၇။ ဒုတိယလူနှင့်ပထမလူတို့၏ နေရပ်လိပ်စာ တူသလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

မတူလျှင် နေရပ်လိပ်စာဖြည့်ပါ။

၈။ **လာမည့်နှစ်တွင်ဒုတိယလူသည် အစိုးရ ကိုယေ၊ ရဂသာဝင်ငွေခွန် စာရင်းပြုစုရန်အစီအစဉ်ရှိပါသ လား။** *(ဒုတိယလူက အစိုးရ ကိုယေ၊ ရဂသော ဝင်ငွေခွန် စာရင်းပြုစုရန် အစီအစဉ်မရှိ သော်လည်း လျှောက်ထားနိုင်သည်။)*

◯ **ရှိပါသည်။ ရှိလျှင်** မေးခွန်း ၈-၀ အထိဖြေဆိုပါ။ ◯ **မရှိပါ။ မရှိလျှင်** မေးခွန်း ၀ ကိုကျော် သွားပါ။

က။ ဒုတိယလူက ဇနီး/ခင်ပွန်းနှင့် အတူ စာရင်းပြုစုမည်လား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ရှိလျှင် ဇနီး/ခင်ပွန်းအမည်ရေးပါ။

ခ။ ဒုတိယလူသည် ဝင်ငွေခွန် စာရင်း၌ မှီခိုသူအမည် ထည့်သွင်း မည်လား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ထည့်လျှင် မှီခိုသူ(များ)စာရင်းရေးပါ။

ဂ။ ဒုတိယလူသည် သူတစ်ပါး၏ ဝင်ငွေခွန်စာရင်း၌ မှီခိုသူအဖြစ် သင့်ကိုသင်ထည့်မည်လား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ထည့်လျှင် ဝင်ငွေခွန်စာရင်းပြုစုသူ အမည်ကို ထည့်သွင်းပါ။

ဝင်ငွေခွန်စာရင်းပြုစုသူနှင့်မည်သို့တော်စပ်သနည်း။

၉။ ဒုတိယလူ၌ ကိုယ်ဝန်ရှိနေ သ လား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။ ဂ။ **ရှိလျှင်** ကလေးဘယ်နှဦးကို ကိုယ်ဝန် ဆောင်ထားရပါသလဲ။

၁၀။ **ဒုတိယလူသည် ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်လိုအပ် ပါသလား။** *(ဒုတိယလူ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ရထားသည့်တိုင် ပို၍ကောင်းသော ခံစားခွင့် သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ် နည်းသောခံစားခွင့်ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်ရှိနိုင်သည်။)*

◯ **လိုပါသည်။ လိုလျှင်** အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးဖြေပါ။ ◯ **မလိုပါ။ မလိုလျှင်** စာမျက်နှာ ၅ ပါမေးခွန်းများကိုကျော်ပြီး ကျန်သည့် ဤစာမျက်နှာကို ကွက်လပ်ထားပါ။

၁၁။ ဒုတိယလူ၏ခန္ဓာပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်နလုံးပိုင်းဆိုင်ရာ၊စိတ်နလုံးပိုင်းဆိုင်ရာ အကန့်အသတ်ရှိပါ သလား။ (ဥပမာ- ရေချိုးခြင်း၊ ဝတ်စားဆင်ယင်ခြင်း၊ နီစွမ်ရှဝ လုပ်ဆောင်ခြင်း၊ စသဖြင့်) ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုခံရခြင်း၊ ကျန်းမာရေး အစောင့်အရှောက်ခံဌာနနှ၌သွားရောက် နေထိုင်ရခြင်းများ ရှိပါသလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၁၂။ ဒုတိယလူသည် **အမေရိ ကန်နိုင်ငံသား** လား**အမေရိကန်နိုင်ငံ ဇွား**လား။..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၁၃။ ဒုတိယလူသည် **နိုင်ငံတွင်း မွေးဖွားသူ** သို့မဟုတ် **ပြည်ပ၌ မွေးဖွားသူနိုင်ငံသားလား။** *(အမေရိကန်နိုင်ငံပြင်ပ၌ မွေးဖွားခြင်းကို ဆိုလိုသည်။)*

◯ **ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်လျှင်** က နှင့် ခ ကိုဖြည့်စွက်ပါ။ ◯ **မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်လျှင်** မေးခွန်း ၁၄ ကိုဆက်လက်ဖြေကြားပါ။

က။ A နံပါတ်

ခ။ လက်မှတ် နံပါတ်

က နှင့် ခ ကို ဖြေဆိုပြီးလျှင် မေးခွန်း ၁၅ ကိုဖြေပါ။

၁၄။ **ဒုတိယလူသည် အမေရိကန်နိုင်ငံ သား။ အမေရိကန်နိုင်ငံဇွား မဟုတ် ပါလျှင်** တရားဝင်နေထိုင်ခွင့်ရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။

◯ **ဟုတ်ပါသည်။** လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဆိုင်ရာအချက်အလက်၊ နေထိုင်နိုင် ခွင့်အမျိုး အစားနှင့် ID နံပါတ် ကိုရေးပါ။ *လမ်းညွှန်ပေးချက်များကိုကြည့်ပါ။*

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ နေထိုင်နိုင်ခွင့် အမျိုးအစား	နေထိုင်နိုင်သည့်အမျိုးအစား (ဖြည့်စွက်လိုမှဖြည့်စွက်ပါ)	လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ နေထိုင်နိုင်ခွင့် အမျိုးအစား ပေါ်၌ဖော်ပြထားသော ဒုတိယလူ၏ အမည်ကိုရေးပါ။

A သို့မဟုတ် I-၉၄ နံပါတ်	ကဒ်နံပါတ် သို့မဟုတ် ပို့စ်ပို့နံပါတ်

SEVIS ID(ကျောင်းသား သို့မဟုတ် ခေတ္တနေထိုင်သူအမှတ်) သို့မဟုတ် ကုန်ဆုံးမည့်နေ့စွဲ (ဖြည့်စွက်လို မှဖြည့်စွက်ပါ)	အခြား (နံပါတ်အမျိုးအစား သို့မဟုတ် ပို့စ်ပို့ ထုတ်ပေးသောနိုင်ငံ)

က။ အမေရိကန်နိုင်ငံ၌ ၁၉၉၆ခုနှစ် ကတည်းကနေခဲ့ ပါသလား။..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ခ။ ဒုတိယလူ သို့မဟုတ် ဒုတိယလူ၏ ဇနီး/ခင်ပွန်း သို့မဟုတ် မိဘ သည် စစ်မှုထမ်းခဲ့ပါသလား။ သို့မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်၌ လက်ရှိ တာဝန်ထမ်းဆောင်လျက် ရှိပါသလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၁၅။ ဒုတိယလူအနေဖြင့် လွန်ခဲ့သော ၃လ အတွက် ကျန်းမာရေးနှင့် သက်ဆိုင် သော ပေးဆောင်ရသည့်ငွေ အတွက် ကူပေးခြင်း လိုချင်ပါ သလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၁၆။ အသက် ၁၉နှစ်အောက် အနည်းဆုံး ကလေးတစ်ဦး ဒုတိယလူနှင့်အတူနေထိုင်၍ ထိုကလေးအား ဒုတိယလူက အဓိက တာဝန်ယူ သူဖြစ်နေ သလား။
(ဒုတိယလူ သို့မဟုတ် ဒုတိယလူ၏ဇနီး/ခင်ပွန်းက တာဝန်ယူရလျှင် "ဟုတ်သည်" ဟု ရွေးချယ်ပါ။)..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၁၇။ အသက် ၁၉နှစ်အောက် ကလေးမည်သူမဆို ဒုတိယလူ အိမ်၌နေထိုင်လျှင်သူတို့၏ အမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကိုပြောပြပါ။ *(စာမျက်နှာ ၂ ၌ ဖော်ပြထားသော ကလေးစာရင်းနှင့် တူနိုင်သည်။)*

၁၈။ ဒုတိယလူသည်အသက် ၁၈ နှစ်နှင့် အထက် အရွယ်၌ စောင့်ရှောက်မွေးစားခြင်း ခံရပါသလား။..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ဒုတိယလူသည် အသက် ၂၂နှစ်နှင့်အောက် ဖြစ်လျှင် ဤမေး မွန်းများကိုဖြေပါ။

၁၉။ ဒုတိယလူသည် လွန်ခဲ့သည့် ၃လက ကျန်းမာရေး အာမခံကို အလုပ်မှရရှိပြီးပျက်ပြယ်သွားပါသလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

က။ **ရှိလျှင်** ပျက်ပြယ်သည့်ရက် / / ခ။ ပျက်ပြယ်ရသည့် အကြောင်းရင်း

၂၀။ ဒုတိယလူသည်အချိန်ပြည့် ကျောင်းသား တစ်ဦးလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

လိုအပ်လျှင်: *(ဖြည့်စွက်လျှောက် ထားရန်)*

၂၁။ **လူမျိုး** ◯ အဖြူ ◯ အမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန် ◯ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလတ်စကား ဇာတိ ◯ ဖိလစ်ပိုင်နို ◯ ဂျပန် ◯ ကိုးရီးယန်း ◯ အာရှ အင်ဒီးယန်း ◯ တရုတ် ◯ ဗီယက်နမ် ◯ အခြားသောအာရှ ◯ ဟာဝိုင်ယီဇာတိ ◯ ဂွေးနီးယန်း သို့မဟုတ် ချန်မိုရို ◯ စန်မုန်း ◯ အခြားသော ပစိဖိတ်ကျွန်းသား ◯ အခြား _____

? သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။ HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။

ဤ လျှောက်လွှာစာရွက် အား မဖြည့်ပါနှင့်။ ၎င်းင်းမှာ လျှောက်ထားရန် လျှောက်လွှာ မဟုတ်ပါ။

အဆင့် ၂: ဒုတိယလူ

ဒုတိယလူ ရရှိသော ဝင်ငွေ
ဒုတိယလူ ကျန်းမာရေးစံစားခွင့် မလိုအပ် သော်လည်း ဤစာမျက်နှာ ကိုဖြည့်ပါ။

စာမျက်နှာ ၇ မှ စာမျက်နှာ ၅

လက်ရှိအလုပ်အကိုင် နှင့် ဝင်ငွေ

◯ **အလုပ်ရှိသည်။** ဒုတိယလူ အလုပ်ရှိ
လျှင် သူ၏ဝင်ငွေကို ဖော်ပြပါ။ မေးခွန်း ၂၃ မှစတင်ပါ။

◯ **အလုပ်မရှိပါ။**
မေးခွန်း ၃၃ သို့ကျော် လိုက်ပါ။

◯ **ကိုယ်ပိုင် အလုပ်လုပ်သည်။**
မေးခွန်း ၃၂ သို့ကျော်လိုက်ပါ။

လက်ရှိအလုပ် ၁

၂၂။ အလုပ်ရှင်အမည်

က။ အလုပ်ရှင်လိပ်စာ

ခ။ မြို့ | ဂ။ ပြည်နယ် | ဃ။ ZIP သင်္ကေတ | ၂၃။ အလုပ်ရှင် ဖုန်းနံပါတ် ( ) –

၂၄။ လုပ်အားခ/အပိုရငွေ (tip) (အခွန်မတွက်မီ) $
◯ နာရီလိုက်ရငွေ ◯ ၁လ နှစ်ကြိမ်ရငွေ ◯ အပတ်စဉ်ရငွေ ◯ လစဉ်ရငွေ ◯ ၂ပတ် တစ်ကြိမ်ရငွေ ◯ နှစ်စဉ်ရငွေ

၂၅။ တစ်ပတ်အတွင်း ပျမ်းမျှ အလုပ်ချိန်

လက်ရှိအလုပ် ၂ (ဒုတိယလူ ၌အခြားသော အလုပ်ရှိပြီး ဖြည့်စွက်ရန်နေရာ လိုအပ်ပါလျှင် အပိုစာရွက်နှင့် ပူးတွဲ တင်ပြပါ။)

၂၆။ အလုပ်ရှင်အမည်

က။ အလုပ်ရှင်လိပ်စာ

ခ။ မြို့ | ဂ။ ပြည်နယ် | ဃ။ ZIP သင်္ကေတ | ၂၇။ အလုပ်ရှင် ဖုန်းနံပါတ် ( ) –

၂၈။ လုပ်အားခ/အပိုရငွေ (tip) (အခွန်မတွက်မီ) $
◯ နာရီလိုက်ရငွေ ◯ ၁လ နှစ်ကြိမ်ရငွေ ◯ အပတ်စဉ်ရငွေ ◯ လစဉ်ရငွေ ◯ ၂ပတ် တစ်ကြိမ်ရငွေ ◯ နှစ်စဉ်ရငွေ

၂၉။ တစ်ပတ်အတွင်း ပျမ်းမျှ အလုပ်ချိန်

၃၀။ **လွန်ခဲ့သောနှစ်က ဒုတိယလူ အောက်ပါ တို့ကိုလုပ်ခဲ့ပါသလား။** ◯ အလုပ်ပြောင်းခြင်း ◯ အလုပ်နားခြင်း ◯ အချိန်အနည်းငယ်စတင်လုပ်ရခြင်း ◯ တစ်ခုမှမဟုတ်ပါ။

၃၁။ **ဒုတိယလူသည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်လျှင်အောက်ပါ တို့ကိုဖြေဆိုပါ။**

က။ အလုပ်အမျိုးအစား

ခ။ ယခုလအတွက် ဒုတိယလူသည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ အသားတင် ဝင်ငွေ (ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးနုတ် ပြီးကျန်ငွေ) မည်မျှရသနည်း။ $
လမ်းညွှန်ချက်တွင်ကြည့်ပါ။

၃၂။ **ယခုလအတွင်းဒုတိယလူ ရရှိသော ဝင်ငွေ။** ရရှိသမျှသောဝင်ငွေများကို ဖြည့်စွက်ပြီး အကြိမ်မည်မျှရရှိသည် ကိုထည့်သွင်းပါ။ တစ်ခုမျှမရှိလျှင် ဤနေရာတွင်ဖြည့်ပါ။ ◯
မှတ်ချက်။ ဒုတိယလူ၏ ကလေးအတွက်အထောက်အပံ့ရ ငွေ၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်းရငွေ၊ SSI မှဖြည့်စွက်ပေးငွေတို့ကို ထည့်သွင်း ရန်မ လိုပါ။

◯ အလုပ်မရှိသူ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ ခင်ပွန်း/မယားစရိတ်ရငွေ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ ပင်စင်လစာ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ ခြံလုပ်ငန်း/ငါးဖမ်းလုပ်ငန်းမှအသားတင်ငွေ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ ဆိုရှယ်စီကျူရတီ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းငှါးရမ်းခြင်းမှရရှိငွေ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ အပြိုင်းစားစာရင်း $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ အခြားသောဝင်ငွေ
အမျိုးအစား $ အကြိမ်မည်မျှ

၃၃။ **လျှော့ချပေးငွေ။** အားလုံးကိုဖြည့်စွက်ပါ။ဒုတိယလူပေးရသောငွေကြေးပမာဏ၊ ဘယ်နှကြိမ်ပေးရသည်တို့ကို ထည့်ပါ။ ဒုတိယလူသည် ပေးရသောပမာဏအပေါ် အစိုးရ ဝင်ငွေခွန်လျှော့စွာ ထမ်းဆောင်ရပြီး ဤအရာများ ကိုဖော်ပြခြင်းဖြင့်ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ကုန်ကျစရိတ်လည်းလျော့ သွားနိုင်သည်။
မှတ်ချက်။ ဒုတိယလူပေးရသောကလေး အတွက် အထောက်အပံ့ငွေ၊ သို့မဟုတ် အသားတင်ငွေမှ ပေးရသော ကုန်ကျငွေတို့ကို မထည့်သွင်းရပါ။ (မေးခွန်း ၃၂ခ)

◯ ခင်ပွန်း/မယားစရိတ်ပေးရငွေ $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ ကျောင်းသားချေးငွေအတိုး $ အကြိမ်မည်မျှ
◯ အခြားသောဝင်ငွေ
အမျိုးအစား $ အကြိမ်မည်မျှ

၃၄။. **တစ်နှစ်အတွင်း ဒုတိယလူ ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲရှိပါက**-အလုပ်တစ်ခုကိုတနှစ်လုံးလုပ်ခြင်းမဟုတ်ပဲ လအနည်းငယ်သာ လုပ်လျှင် ဤမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ ဒုတိယလူ၏ လစဉ်ဝင်ငွေ အပြောင်းအလဲကို မမျှော်လင့်လျှင် နောက်တစ်ဦး အတွက်ဖြည့်စွက်ပါ။

ယခုနှစ်အတွက်ဒုတိယလူ၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ $

လာမည့်နှစ်အတွက်ဒုတိယလူ၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ $

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ဤအချက် များဟာ ဒုတိယလူထံမှကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သည်များ ဖြစ်ပါသည်။

သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။ HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၁၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၁၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။.

တတိယအဆင့်: အမေရိကန်အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလတ်စကားဇာတိ (AI/AN) မိသားစုဝင်(များ)

၁. သင်သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်(များ) တစ်ဦးဦး၌ အမေရိကန်အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလတ်စကားဇာတိ (AI/AN) ရှိသလား။

◯ **မရှိပါ။ မရှိလျှင်** အဆင့်၄ သို့သွားပါ။ ◯ **ရှိသည်။ ရှိလျှင်** အဆင့်၄ သို့သွားပြီး အချပ်ပို ခ ကိုဖြည့်စွက်ပြီး လျှောက်လွှာနှင့် ပူးတွဲပါ။

အဆင့် ၄။: သင့်မိသားစု၏ ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်

၁။ ဤလျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးသည် ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်လျှောက်ထားရန် အလုပ်မှ စီစဉ်ပေးသလား။

မိဘ သို့မဟုတ် ဇနီး/ခင်ပွန်း တစ်ဦးဦး၏ အလုပ်မှရရှိပြီး ထိုခံစားခွင့်ကို လက်မခံ ခဲ့လျှင်လည်း "ရသည်"ဟုဖြေပါ။

◯ **ရသည်။** ထို့နောက် အချပ်ပို က ကိုဖြည့်စွက်ပါ။ **ဤအစီအစဉ်သည် အစိုးရအလုပ်မှ ရသော ခံစားခွင့် အစီအစဉ်လား။** ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

◯ **မရပါ။**

၂။ ဤလျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦး သည် ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် လျှောက်ထားပြီးပါသလား။

◯ **လျှောက်ထားပြီးပါပြီ။** လျှောက်ထားပြီးလျှင် မေးခွန်း ၃ ကိုဆက်သွားပါ။

◯ **မလျှောက်ထားပါ။** အဆင့် ၅ ကို ကျော်သွားပါ။

၃။ လက်ရှိ ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်နှင့် သက်ဆိုင်သောအချက်အလက်များ *(လူ၂ဦးထက်ပိုရှိ ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် ရနေလျှင် ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူကူးပါ။)*
အလုပ်မှရသော အာမခံကဲ့သို့ ခံစားခွင့် အမျိုးအစားကိုရေးပါ။ COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, Peace Corps, သို့မဟုတ် အခြားသော ကျန်းမာရေးအာမခံများ
(Direct Care သို့မဟုတ် Line of Duty ကိုရနေလျှင် TRICARE အကြောင်းပြောရန်မလိုပါ။)

ပထမလူ

ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် လျှောက်ထားသူ၏အမည်

ရရှိသောခံစားခွင့်အမျိုးအစား:

◯ အလုပ်မှရသောကျန်းမာရေးအာမခံ ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ VA ကျန်းမာရေး စောင့်လျှောက်မှု အစီအစဉ် ◯ Peace Corps ◯ အခြား

အကယ်၍ အလုပ်မှရသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်လျှင် *(အချပ်ပို က ကိုဖြည့်စွက်ရန်လိုအပ် သည်။)*

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီ၏ အမည်။ | ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

အခြားသောခံစားခွင့်အမျိုးအစား ဖြစ်လျှင်:

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီ၏ အမည်။ | ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

ကျောင်းဌာနမတော်တဆ ထိခိုက်မှု ပေါ်လစီကဲ့သို့ အကန့်အသတ်ရှိ ခံစားခွင့်အမျိုးအစားလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

နတိယလူ

ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် လျှောက်ထားသူ၏အမည်

ရရှိသောခံစားခွင့်အမျိုးအစား:

◯ အလုပ်မှရသောကျန်းမာရေးအာမခံ ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ VA ကျန်းမာရေး စောင့်လျှောက်မှု အစီအစဉ် ◯ Peace Corps ◯ အခြား

အကယ်၍ အလုပ်မှရသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်လျှင် *(အချပ်ပို က ကိုဖြည့်စွက်ရန်လိုအပ် သည်။)*

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီ၏ အမည်။ | ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

အခြားသောခံစားခွင့်အမျိုးအစား ဖြစ်လျှင်:

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီ၏ အမည်။ | ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

ကျောင်းဌာနမတော်တဆ ထိခိုက်မှု ပေါ်လစီကဲ့သို့ အကန့်အသတ်ရှိ ခံစားခွင့်အမျိုးအစားလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

? **သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။** HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။.

အဆင့် ၅: သင့်သဘောတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်

၁။ သင်၏ဝင်ငွေအချက်အလက်နှင့် လာမည့် ၅ နှစ်အတွင်းသင်ပြုစုမည့် ဝင်ငွေခွန်စာရင်းကို အချက်အလက်များကို Marketplace မှ အသုံးပြုခြင်းကို သင်သဘောတူပါသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

Marketplace မှ သင်၏ဝင်ငွေ အချက်အလက် အသစ်များ ဝင်ငွေခွန်စာရင်းများကို အသုံးပြုနိုင်လျှင် လာမည့်နှစ်များ အတွက် ခံစားခွင့် ရနိုင်မရနိုင် ဆုံးဖြတ်ရန်ပိုမိုလွယ်ကူသည်။ Marketplace မှ သင် အပြောင်း အလဲများကို ပြုလုပ်နိုင်ရန် အကြောင်းကြားမည်။ ခံစားခွင့် ရနိုင်သေးသည် မရနိုင်သေးသည် ကို Marketplace မှစစ်ဆေးပြီး သင့်ဝင်ငွေနှင့် ခံစားခွင့်ရှိမရှိကို ပေးမြန်းမည်။ အချိန်မရွေး သင်နုတ်ထွက်နိုင်သည်။

သဘောမတူလျှင် ကျွန်ုပ်တို၏ အချက်အလက်များကို အောက်ပါနှစ်အတွင်း အလိုအလျောက် ပြောင်းလဲပါ။

○ ၄နှစ် ○ ၂နှစ် ○ ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် ရရှိနိုင်ရန် အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေခွန် အချက်အလက် များကို အသုံးမပြုပါနှင့်။
○ ၃နှစ် ○ ၁နှစ် (ဤအချက်ကို ရွေးချယ်ခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် သက်တမ်းတိုးခြင်း၌ သက်ရောက်မှုတစ် ခု ခုဖြစ် နိုင် သည်။)

၂။ ဤကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် လျှောက်ထားသူ တစ်ဦးဦးသည် အကျဉ်းချုံ့ နေရပါသလား။ (ထိန်းသိမ်းခံရခြင်းသို့မဟုတ် ထောင်ကျခံနေရခြင်း)..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။

ရှိလျှင် အမည်ဖော်ပြပါ။ အကျဉ်းချုံ့ နေရသောသူ၏အမည်မှာ

○ ဤသူသည် စီရင်ချက်ချခံရသူဖြစ်လျှင်

ဤကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် လျှောက်ထားသူ တစ်ဦးဦးသည် Medicaid ခံစားခွင့်ရှိ သူလား။

- Medicaid အေဂျင်စီအား အခြားသော ကျန်းမာရေးအာမခံ၊တရားဝင်ထူထောင်နေရာချထားရေးသို့မဟုတ် အခြားသော တတိယပါတီထံမှ ကျွန်ုပ်တို့၏ ရပိုင်ခွင့်များ အတွက် ကြိုးစားပေးခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။ Medicaid အေဂျင်စီအား ဇနီး/ခင်ပွန်း သို့မဟုတ် မိဘထံမှ ရပိုင်ခွင့်များ အတွက် ကြိုးစားပေးခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။
- ဤကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် လျှောက်ထားသူ ကလေးတစ်ဦးဦး၏ မိဘသည် အိမ်ပြင်ပ အခြားနေရာ၌ နေထိုင်ပါသလား။ ..... ○ ရယူလိုသည်။ ○ မရယူလိုပါ။
- ဟုတ်လျှင် အိမ်ပြင်ပ အခြားနေရာ၌ နေထိုင်သူ မိဘထံမှ ကျန်းမာရေး အထောက်အပံ့ရယူရမည်ကိုသိပါသည်။ ဤသို့လုပ်ဆောင်ခြင်း ကြောင့် ကျွန်ုပ် နှင့်ကလေးကို ထိခိုက်လျှင် Medicaid ကိုဤသို့ပြုရန်မဖြစ်ကြောင်း ပြောပါမည်။

- ဤလျှောက်လွှာကို လက်မှတ် ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သိမှတ်သမျှ ဖြည့် စွက် ထားသောအရာများ အားလုံးမှန်ကန်ကြောင်း ဝန်ခံပါသည်။ အချက်အလက် အမှားများကို ထည့်သွင်းမိလျှင် ဖယ်ဒရယ်ဥပဒေ အရ အပြစ်ပေး ခံရမည်ကို သိပါသည်။
- အပြောင်းအလဲ (မတူညီမှု) ဖြည့်စွက်မိလျှင် Marketplace ကျန်းမာရေးအာမခံ သို့ ရက်၃၀ အတွင်းအကြောင်းကြား ရ မည်ကို သိပါသည်။ **HealthCare.gov.** ဝင်ရောက်၍ သို့မဟုတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကို ခေါ်၍ အပြောင်းအလဲ အတွက် အကြောင်းကြား ရ မည်။ အချက်အလက် အပြောင်းအလဲ ကြောင့် ကျွန်ုပ်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုဝင်များ၏ ရရှိနိုင်မှုများကို သက်ရောက်နိုင်ကြောင်း သိပါသည်။
- လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ လာခဲ့သောနိုင်ငံ၊ လိင်၊ အသက်၊ လိင်မှုဆိုင်ရာစိတ်ဝင်စားမှုများ၊ လိင်သတ်မှတ်မှု၊ သို့မဟုတ် ဒုက္ခိတ တို့အားခွဲခြားဆက်ဆံမှု များကို ဖယ်ရယ်ဥပဒေမှ ခွင့်မပြုကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု များနှင့်ပတ်သက်၍ ပြောကြား လိုလျှင် **www.hhs.gov/ocr/office/file** သို့ ကျွန်ုပ် ဝင်ရောက် ဖော်ပြ နိုင်သည်။
- ဤလျှောက်လွှာပါအချက်အလက် များသည် ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်နှင့် စရိတ်မျှပေးခြင်း ခံစားခွင့် (တောင်းဆိုခဲ့လျှင်) ကိုစဉ်းစားပေးမည့် အရာများဖြစ်ပြီး စရိတ်မျှပေးခြင်း ခံစားခွင့်များကို Marketplace ဥပဒေအရ လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သိသည်။

ကျန်းမာရေးစရိတ်မျှပေးခြင်း ခံစားခွင့် ကို သင်တောင်းဆိုခဲ့လျှင် ရရှိနိုင်မရရှိနိုင်ကို ဤအချက်အလက်အားဖြင့် စစ်ဆေးပါမည်။ သင်အဖြေများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ အီလက်ထရောနစ် ဆိုင်အချက်အလက်များနှင့် IRS၊ ဆိုရှယ်(Social Security), အိုးအိမ်(Department of Homeland Security) နှင့် အချက်အလက်များ စုဆောင်းရောင်းချသော အေဂျင်စီများ မှစစ်ဆေး ပါမည်။ မကိုက်ညီပါလျှင် အထောက်အထား များပြရန်သင့် ကို တောင်းပါမည်။

ကျွန်ုပ်ရရှိနိုင်သောခံစားခွင့် အချက်အလက်များ ရလဒ်များ မှားခဲ့လျှင်ဘာလုပ်ရမည်နည်း။

ရရှိနိုင်သောခံစားခွင့် အချက်အလက်များအပေါ် သဘောမတူခြင်း၊ အခြားသော ကိစ္စများရှိလျှင် အသနားခံနိုင်သည်။ အသနားခံခြင်း နှင့်ဆိုင်သော အကြံပေးချက်များ ကိုကြည့်ပြီး ခံစားခွင့်လျှောက်ထားသူ မိသားစုဝင်များအတွက် ရက်မည်မျှအတွင်း အသနားခံနိုင်ကြောင်းကြည့်ပါ။ အသနားခံခြင်းနှင့်သက်ဆိုင်၍အ ရေးကြီးသောအချက်များ

- အသနားခံရာ၌ တောင်းဆိုမှုအချို့ ထည့်သွင်းနိုင်သည်။ မိတ်ဆွေ၊ ဆွေမျိုး၊ ရှေ့နေ၊ အခြားသူ တစ်ဦးဦး ကိုထည့်သွင်းနိုင်သည်။ မိမိကိုယ်တိုင်လည်းထည့်သွင်းနိုင်သည်။
- သင်ကိုယ်တိုင်ထည့်သွင်းအသနားခံလျှင် လျှောက်ထားချိန်၌ ခံစားခွင့်ရရှိနိုင်သည်။
- သင်ကိုယ်တိုင်ထည့်သွင်းအသနားခံလျှင် လျှောက်ထားချိန်၌ ခံစားခွင့်ရရှိနိုင်သည်။

Marketplace ခံစားခွင့်ရမရ အဖြေ လျှောက်ရာ၌ **Healthcare.gov/marketplace-appeals/** ၌လေ့လာပါ။ သို့မဟုတ် Marketplace Call **စင်တာ ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုခေါ်ပါ။ TTY အသုံးပြုသူများအတွက် **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅** ကိုခေါ်ပါ။ ကိုယ်တိုင်စာရေး ၍ **Marketplace ကျန်းမာရေးအာမခံ**, Dept. of Health and Hunan Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 သို့အသနားခံနိုင်သည်။ အသနားခံ ရာ၌ Marketplace မှကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ဝယ်ယူခြင်း၊ လျှောက်ထားသောကာလ၊ အခွန်၊ စရိတ်မျှပေးခြင်း၊ Medicaid နှင့် CHIPတို့မှငြင်းပယ်ခံရလျှင်လည်း ဖော်ပြပါ။ အခွန်၊ စရိတ်မျှပေးခြင်း၊ တို့၌ ရနိုင်လျှင် ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ် ပေးသော ပမာဏကိုအသနားခံ နိုင် သည်။ သင်ဖော်ပြခြင်း၌မူတည်၍ Marketplace မှတစ်ဆင့် အသနားခံ နိုင်သည်။ သို့မဟုတ် Medicaid နှင့် CHIPတို့ကိုပြ၍ အသနားခံ နိုင်သည်။

ပထမလူ့ဤလျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရမည်။ သင်သည် ခွင့်ပြုချက်ရထားသူ ကိုယ်စားလှယ် ဖြစ်ပါက ပထမလူ လက်မှတ်ထိုးသော်လည်း လက်မှတ်ထိုးနိုင်သည်။ အချပ်ပို ဂ။

လက်မှတ်	လက်မှတ်ထိုးသောနေ့ (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
→	/ /

နိုဝင်ဘာ ၁၅ မှ ဇေဖော်ဝါရီ ၁၅ အတွင်း လက်မှတ်ရေးထိုးလျှင် အချပ်ပို ၆ ကို ပြန်ကြည့်ပါ။ (သင့်သက်ဆိုင်သော ပြောင်းလဲမှု)

အဆင့် ၆: ပြည်စုံသောလျှောက်လွှာ ကို စာတိုက်ဖြင့်ပို့ပါ။

စာတိုက်ဖြင့်သင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို
Marketplace ကျန်းမာရေးအာမခံ
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

မဲပေးရန်မှတ်ပုံတင်ချင်လျှင် **www.eac.gov.** ၌ မဲပေးရန်မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာ ရယူနိုင်သည်။

? သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။ HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။

ဤ လျှောက်လွှာစာရွက် အား မဖြည့်ပါနှင့်။ ၎င်းမှာ လျှောက်ထားရန် လျှောက်လွှာ မဟုတ်ပါ။

အချပ်ပို က

အတည်ပြုသောစာရွက်စာတမ်း
OMB နံပါတ် ၀၉၃၈-၁၁၉၁

အလုပ်မှရသော ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်

မိသားစုတွင်းမှတစ်ဦးဦး ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ရ လျှင်သော် လည်းကောင်း ထို ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်ကို လက်မခံလျှင်သော် လည်းကောင်း **ဖြည့်ရန်မလိုပါ။** အလုပ်မှပေးသော ကျန်းမာရေးခံစားခွင့် မိတ္တူကိုသာပေးပို့ပါ။

ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ပေးသော အလုပ်အကြောင်းဖော်ပြပါ။

ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူဆွဲ၍ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ပေးသော အလုပ်သို့ယူသွားလျှင် မေးခွန်းများကို အလုပ်မှကူဖြေပေးမည်။

အလုပ်လုပ်သူ၏အကြောင်း

၁။ အလုပ်လုပ်သူ၏ အမည် (ပထမ၊အလယ်၊နောက်ဆုံး)	၂။ အလုပ်လုပ်သူ၏ ဆိုရှယ်နံပါတ် (SSN)
	– –

အလုပ်ရှင်အကြောင်း

၃။ အလုပ်ရှင်အမည်	၄။ အလုပ်ရှင်မှတ်ပုံတင်အမှတ် (EIN) –
၅။ အလုပ်ရှင်လိပ်စာ	၆။ အလုပ်ရှင်ဖုန်းနံပါတ် ( ) –
၇။ မြို့	၈။ ပြည်နယ် / ၉။ ZIP သင်္केတ
၁၀။ အလုပ်မှပေးသောကျန်းမာရေး ခံစားခွင့် နှင့်ပတ်သက်၍ မည်သူ့ကို အဆက်အသွယ်လုပ်ရမည်နည်း။	
၁၁။ ဖုန်းနံပါတ် (အထက်ကနှင့်မတူလျှင်) ( ) –	၁၂။ အီးမေလ်လိပ်စာ

၁၃။ ဤအလုပ်ရှင်သည် ယခု အလုပ်သမား အား ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်ပေးနိုင်ပါသလား။ သို့မဟုတ်နောက် ၃ လတွင် ပေးနိုင်ပါသလား။

◯ **ပေးနိုင်သည်။** (ဆက်ဖြေပါ)

◯ **မပေးနိုင်ပါ။ (ဆက်မဖြေဘဲ လျှောက်လွှာ၏ အဆင့် ၅သို့ ပြန်ပါ)**

က။ **စောင့်ဆိုင်းစောင့်ကြည့်ကာလ ၅ခြောက်ပါလျှင် ခံစားခွင့်ဘယ်တော့ရနိုင်မလဲ။** (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)

/ /

ခံစားခွင့်ရနိုင်သူအားလုံး၏အမည်ကိုဖေးပါ။

အမည်	အမည်	အမည်

ဤအလုပ်ရှင်မှပေးနိုင်သော အနိမ့်ဆုံး ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ပမာဏကိုပြောပြပါ။

၁၄။ အားလုံးပေးနိုင်သည့် တန်ဖိုးစံနှုန်းကို အလုပ်ရှင် မှ ပေးနိုင်သလား။ ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၁၅။ အားလုံးပေးနိုင်သည့် တန်ဖိုးစံနှုန်းသည် **အလုပ်သမား** အနိမ့်ဆုံးကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ပမာဏ**အတွက်သာ**ဖြစ်သည်။* (မိသားစုအစီအစဉ်မပါဝင်ပါ)- အလုပ်ရှင်၌ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်ရှိလျှင် အလုပ်သမားမှ ဆေးလိပ်ဖြတ်ခြင်း အစီအစဉ်၌ ဈေးလျှော့ခံပေးရခြင်းရှိပြီး အခြားသောအရာများ၌ ဈေးလျှော့ခံပေးရခြင်းမျိုးမရှိပါ။

က။ အလုပ်သမားမှဤအစီအစဉ် အတွက် ပရီမီယံမည်မျှ ပေးရသနည်း။ $

ခ။ အကြိမ်မည်မျှ ◯ အပတ်စဉ် ◯ ၂ပတ် တစ်ကြိမ် ◯ ၁လ နှစ်ကြိမ် ◯ ၁လ တစ်ကြိမ် ◯ တစ်နှစ်၄ကြိမ် ◯ နှစ်စဉ် နောက်မေးခွန်းဖြေပါ။

၁၆။ အလုပ်ရှင်မှ နောက်လာ မည့်နှစ် အတွက် အစီအစဉ်သစ် များလုပ်ရန်ရှိ သလား။

◯ အလုပ်ရှင်မှကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ကို ကိုယ်တိုင် ပေးခြင်းမရှိပါ။

◯ အလုပ်ရှင်မှကျန်းမာရေးခံစားခွင့်ကို အားလုံးပေးနိုင်သည့် တန်ဖိုးစံနှုန်း၊ အလုပ်သမားများသာရနိုင်သည့် အနိမ့်ဆုံးကျန်းမာရေးခံစားခွင့် ပမာဏ ဖြင့်ပေးပါသည်။ (မေးခွန်း ၁၅ အကျိုးဝင်သည်။)

က။ အလုပ်သမားမှဤအစီအစဉ် အတွက် ပရီမီယံမည်မျှ ပေးရသနည်း။ $

ခ။ အကြိမ်မည်မျှ ◯ ၁ပတ် တစ်ကြိမ် ◯ ၂ပတ် တစ်ကြိမ် ◯ ၁လ နှစ်ကြိမ် ◯ ၁လ တစ်ကြိမ် ◯ တစ်နှစ်၄ကြိမ် ◯ နှစ်စဉ်

ဂ။ ပြောင်းသောနေ့ (လလ/ရက်ရက်/ခုနှစ်) / /

*၁၉၈۶နိုင်ငံတွင်းဥပဒေကြီးဆိုင်ရာဥပဒေ၏ (Section 36B(c)(2)(C)(ii) အရအလုပ်ရှင်မှပေးသောကျန်းမာရေးအာမခံသည်အလုပ်သမားစုစုပေါင်းရရှိသောခံစားခွင့်၏ပေါရာနိုင်နှုန်းနှင့်အထက်ဖြစ်လျှင်ဤ အစီစဉ်သည် အားလုံးပေးနိုင်သည့် တန်ဖိုးစံနှုန်း ဖြစ်လာမည်။

? **သင့်လျှောက်လွှာအတွက်အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။** HealthCare.gov ကိုကြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် **၁-၈၁၀-၃၁၈-၂၂၆۶** ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ စကားအပြင် အခြားသောဘာသာ စကားလိုအပ်ပါက **၁-၈၁၀-၃၁၈-၂၂၆۶** သို့ခေါ်ပြီး မိမိ လိုချင်သောဘာသာစကားကို တောင်းဆိုပါ။ အခမဲ့ကူညီပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ TTY အသုံးပြုသူ များမှာ **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅** သို့ခေါ်ဆိုရပါမည်။.

အချပ်ပို ခ

အတည်ပြုသောစာရွက်စာတမ်း
OMB နံပါတ် ၀၉၃၈-၁၁၉၁

အမေရိကန်အင်းဒီယန်းသို့မဟုတ် အလတ်စကားဇာတိမိသားစုဝင် (AI/AN)

သင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦးက အမေရိကန်အင်းဒီယန်းသို့မဟုတ် အလတ်စကားဇာတိ ဖြစ်လျှင် ဤအချပ်ပိုကိုဖြည့်ပါ။ ကျန်းမာရေးခံစားခွင့်နှင့် စရိတ်မျှပေး ကူညီခြင်းလျှောက်လွှာကိုပါ ပူးတွဲတင်ပြပါ။

သင်၏ အမေရိကန်အင်းဒီယန်း သို့မဟုတ် အလတ်စကားဇာတိ မိသားစုဝင်အကြောင်း ပြောပါ။
အမေရိကန်အင်းဒီယန်း သို့မဟုတ် အလတ်စကားဇာတိ သည် Indian Health Services, Tribal Health Programs သို့မဟုတ် Urban Indian Health Programs မှရရှိနိုင်သည်။ စရိတ်မျှပေးရခြင်း လစဉ်စာရင်းသွင်းရခြင်း များပြုရန်မလိုပါ။ အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေပြီး သင့်မိသားစုရနိုင်သည်များကို သေချာအောင်လုပ်ပါ။

မှတ်ချက်။ လူပိုထည့်ရန်လိုအပ်ပါက ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူကူး၍ ပူးတွဲတင်ပြပါ။

AI/AN ဝတ်ဆလု

၁။ အမည် (ပထမအမည်၊ ဒုတိယအမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်)

၂။ အစိုးရအသိအမှတ်ပြု လူမျိုးစုဖြစ်သလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ဖြစ်လျှင် လူမျိုးစုအမည်။ | လူမျိုးစုတည်ရှိရာ ဖော်ပြပါ။

၃။ ဤသူသည် Indian Health Services, Tribal Health Programs သို့မဟုတ် Urban Indian Health Programs တို့မှ ခံစားခွင့် ရရှိပြီး သူလား။ သို့မဟုတ် ထိုအစီအစဉ်များ က လွှဲပြောင်းပေးလိုက်သူ လား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

မဟုတ်လျှင် ဤသူသည် Indian Health Services, Tribal Health Programs
သို့မဟုတ်Urban Indian Health Programs တို့မှခံစားခွင့်ရရှိသူလား။ သို့မဟုတ် ထိုအစီ အစဉ်များ ကလွှဲပြောင်းပေးလိုက်သူလား။..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၄။ တိကျသောဌေးရရှိသူကို Medicaid နှင့် CHIP တို့မှထည့်သွင်းစဉ်းစားမည်မဟုတ်ပါ။ အခြားသောနည်းလမ်းဖြင့်ရရှိ သောဌေးကြေးပမာဏနှင့် ရရှိသောအကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖော်ပြပါ။

- လူမျိုးစုများမှ Capita ဌေးပေးခြင်း တစ်ခုစီတိုင်းသည်သဘာဝအားဖြင်ရခြင်း၊ မှန်ကန်စွာသုံးခြင်းနှင့် ငှားရမ်းသုံးစွဲမှုများမှရရှိသည်။
- Department of Interior မှသတ်မှတ်ထားသောအင်းဒီးယန်းများ၏ မြေနှင့်သက်ဆိုင်သောသဘာဝအရင်းအမြစ်၊ စိုက်ပျိုးရေး၊ မွေးမြူရေး၊ ငါးလုပ်ငန်း၊ အိမ် မြေဂျုံးခြင်းနှင့်သက်ဆိုင်သောပေးရဌေးများ
- ရောင်းချခြင်းမှရရှိသောဌေးသည်ယဉ်ကျေးမှု၏ထူးခြားသောပုံစံဖြစ်သည်။

$ | အကြိမ်မည်မျှ

AI/AN ဒုတိယလု

၁။ အမည် (ပထမအမည်၊ ဒုတိယအမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်)

၂။ အစိုးရအသိအမှတ်ပြု လူမျိုးစုဖြစ်သလား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

ဖြစ်လျှင် လူမျိုးစုအမည်။ | လူမျိုးစုတည်ရှိရာ ဖော်ပြပါ။

၃။ ဤသူသည် Indian Health Services, Tribal Health Programs သို့မဟုတ် Urban Indian Health Programs တို့မှ ခံစားခွင့် ရရှိပြီး သူလား။ သို့မဟုတ် ထိုအစီအစဉ်များ က လွှဲပြောင်းပေးလိုက်သူ လား။ ..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

မဟုတ်လျှင် ဤသူသည် Indian Health Services, Tribal Health Programs
သို့မဟုတ်Urban Indian Health Programs တို့မှခံစားခွင့်ရရှိသူလား။ သို့မဟုတ် ထိုအစီ အစဉ်များ ကလွှဲပြောင်းပေးလိုက်သူလား။..... ◯ ရယူလိုသည်။ ◯ မရယူလိုပါ။

၄။ တိကျသောဌေးရရှိသူကို Medicaid နှင့် CHIP တို့မှထည့်သွင်းစဉ်းစားမည်မဟုတ်ပါ။ အခြားသောနည်းလမ်းဖြင့်ရရှိ သောဌေးကြေးပမာဏနှင့် ရရှိသောအကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖော်ပြပါ။

- လူမျိုးစုများမှ Capita ဌေးပေးခြင်း တစ်ခုစီတိုင်းသည်သဘာဝအားဖြင်ရခြင်း၊ မှန်ကန်စွာသုံးခြင်းနှင့် ငှားရမ်းသုံးစွဲမှုများမှရရှိသည်။
- Department of Interior မှသတ်မှတ်ထားသောအင်းဒီးယန်းများ၏ မြေနှင့်သက်ဆိုင်သောသဘာဝအရင်းအမြစ်၊ စိုက်ပျိုးရေး၊ မွေးမြူရေး၊ ငါးလုပ်ငန်း၊ အိမ် မြေဂျုံးခြင်းနှင့်သက်ဆိုင်သောပေးရဌေးများ
- ရောင်းချခြင်းမှရရှိသောဌေးသည်ယဉ်ကျေးမှု၏ထူးခြားသောပုံစံဖြစ်သည်။

$ | အကြိမ်မည်မျှ

အချပ်ပို ဂ

အတည်ပြုသောစာရွက်စာတမ်း
OMB နံပါတ် ၀၉၃၈-၁၁၉၁

ဤလျှောက်လွှာကိုကူညီဖြည့်စွက် ပေးခြင်း

လျှောက်လွှာကို ကူညီဖြည့်စွက်သူသည် လက်မှတ်ရကူညီဖြည့်စွက်သူ အကြံပေးသူ၊ လမ်းညွှန်သူ ကိုယ်စားလည်/ ပွဲစား သာဖြစ်ရမည်။

သင်သည် လက်မှတ်ရကူညီဖြည့်စွက်သူ၊ အကြံပေးသူ၊ လမ်းညွှန်သူ ကိုယ်စားလည်/ ပွဲစား ဆိုလျှင် ဤအပိုင်းကိုဖြည့်စွက်ပါ

၁။ လျှောက်လွှာစတင်သော နေ့ (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)

/ /

၂။ ပထမအမည်၊ ဒုတိယအမည်၊ နောက်ဆုံးအမည် Suffix

၃။ အ ဖွဲ့အစည်းအမည်

၄။ ID နံပါတ် (ရှိလျှင်)	၅။ ကိုယ်စားလည်/ ပွဲစားသာ NPNနံပါတ်

သင်မှခွင့်ပြုချက်ရထားသူကိုယ် စားလှယ်ကိုရွေးချယ်နိုင်သည်။

သင်ကယုံကြည်ရသူကိုရွေးချယ်၍ ဤသူအားသင်သည် သင်၏ လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန်၊ လျှောက်လွှာနှင့် သက်ဆိုင်သောအချက်အလက်များ၊ လျှောက်လွှာ နှင့် သက်ဆိုင်၍ ရှေ့ဆက်လုပ်ဆောင်ရမည့် အချက်များကို ခွင့်ပြုနိုင်သည်။ ဤသူကို "ခွင့်ပြုချက်ရထားသူ ကိုယ်စားလှယ်" ဟုခေါ်သည်။ ခွင့်ပြုချက်ရထားသူ ကိုယ်စားလှယ် ကိုပြောင်းလဲ သို့မဟုတ် မထားချင် တော့ပါက Marketplace သို့အကြောင်းကြားပါ။ သင်ကအမှန်တကယ် ကိုယ်စားလှယ် ခန့်ချင်လျှင် လျှောက်လွှာနှင့် ဟုတ်မှန်ကြောင်း သက်သေပြပါ။

၁။ ခွင့်ပြုချက်ရထားသူ ကိုယ်စားလှယ် ၏ ပထမအမည်၊ ဒုတိယအမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်

၂။ လိပ်စာ	၃။ အခန်းအမှတ်

၄။ မြို့	၅။ ပြည်နယ်	၆။ ZIP သင်္ကေတ

၆။ ZIP သင်္ကေတ

( ) –

၈။ အ ဖွဲ့အစည်းအမည်

၉။ ID နံပါတ် (ရှိခဲ့လျှင်)

လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ဤသူအားသင်သည် သင်၏ လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုး ရန်၊ လျှောက်လွှာနှင့် သက်ဆိုင် သောအချက်အလက်များ၊ လျှောက်လွှာနှင့်သက်ဆိုင်၍ ရှေ့ဆက်လုပ်ဆောင်ရမည့် အချက်များကို တရားဝင်ခွင့်ပြုသည်။

၁၀။ လျှောက်လွှာပါပထမလူ၏ လက်မှတ်	**၁၁။ လက်မှတ်ရေးထိုးသောနေ့ရက်** (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
	/ /

အချပ်ပို ယ

အတည်ပြုသောစာရွက်စာတမ်း
OMB နံပါတ် ၀၉၃၈-၁၁၉၁

သင့်သက်ဆိုင်သော ပြောင်းလဲမှု မေးခွန်းများ

(ဤလျှောက်လွှာအတွက်ကျန်ရှိ သောမေးခွန်းများကို ဤစာမျက်နှာ ၌ဖြည့်ရမည်။ ဤစာမျက်နှာကို ချန်ပြီး လျှောက်လွှာမတင်ပါနှင့်။)

ဤလျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးနှင့် သက်ဆိုင်သော ပြောင်းလဲမှု ရက်မေ၀အတွင်း ရှိလျှင် အောက်ပါ မေးခွန်းများဖြေပါ။ ဖေဖော်ဝါရီလ ၁၅ ၂၀၁၅ တွင် ကုန်ဆုံးမည့် Open Enrollment Period နှင့် နှစ်ကုန်ပိုင်းတွင် ပြန်လည်အစပြုမည့် Open Enrollment Period တို့၌ အကျုံးဝင်သည်။

ဤမေးခွန်းများကို သင်ဖြေချင်မှ ဖြေနိုင်သည်။ သင့်သက်ဆိုင်သော ပြောင်းလဲမှု မရှိပါက မဖြည့်ဘဲ ထားနိုင်သည်။ သင့်သက်ဆိုင်သော ပြောင်းလဲမှု မရှိသော်လဲ Medicaid နှင့် CHIP တို့ကို အချိန်မရွေး ဤနှစ်အတွင်း လျှောက်ထားနိုင်သည်။ အစိုးရအသိအမှတ်ပြုလူမျိုးစုများ နှင့် အလတ်စကားဇာတိ အစုရှယ်ယာ၀င်များ တနှစ်လုံးအချိန်မရွေးလျှောက် ထားနိုင်သည်။

သင့်အိမ်ထောင်မိသားစု၀င်များမှ အပြောင်းအလဲရှိလျှင်ဖော်ပြပါ။

၁။တစ်စုံတစ်ယောက်သည် လွန်ခဲ့သည့်ရက် ၆၀က ကျန်းမာရေး ခံစားခွင့်ကုန်ဆုံးသည်။ သို့မဟုတ် လာမည့်ရက် ၆၀တွင် ခံစားခွင့် ကုန်ဆုံးတော့ မည်ဖြစ်သည်။

အမည်များ	ခံစားခွင့်ကုန်ဆုံးသည့်/မည့်နေ့ရက် (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
☐ ပရီမီယံမပေးမိ၍ ခံစားခွင့်ကုန်ဆုံး လျှင်ဤနေရာတွင်ကြည့်ပါ။	/ /

၂။တစ်စုံတစ်ယောက်သည် လွန်ခဲ့သည့်ရက် ၆၀က လက်ထပ်ခဲ့သည်။

အမည်များ	နေ့ရက် (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
	/ /

၃။ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် လွန်ခဲ့ သည်ရက် ၆၀က မွေးဖွား၊ မွေးစား၊ စောင့်ရှောက်မွေးစား ခံရသည်။

အမည်များ	နေ့ရက် (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
	/ /

၄။ တစ်စုံတစ်ယောက်သည်တရားဝင်လူ၀င်မှုကြီးကြပ် ရေး ဆိုင်ရာ နေထိုင်ခွင့်ကို လွန်ခဲ့သည်ရက် ၆၀က ရရှိခဲ့သည်။

အမည်များ	နေ့ရက် (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
	/ /

၅။ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် လွန်ခဲ့သည်ရက် ၆၀က ပြောင်းရွှေ့ခံရသည်။ ပြောင်းရွှေ့သောနေ့ရက်

အမည်များ	(လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
	/ /

၆။ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် အကျဉ်းကျခံရခြင်း၊ထိန်းသိမ်းခံရခြင်း သို့မဟုတ် ထောင်ကျခံနေရခြင်း မှလွန်ခဲ့သည်ရက် ၆၀က လွတ်မြောက်ခဲ့သည်။

အမည်များ	နေ့ရက် (လလ/နေ့နေ့/ခုနှစ်)
	/ /