Med Center Health.

ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အခကြေးငွေ လျှော့ချရန် လျှောက်ထားခြင်း-

ငွေကြေး အထောက်အပံ့ လျှောက်လွှာကို ပြီးမြောက်ပြည့်စုံအောင် ဖြည့်စွက်ပါ။ သင်၏ အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေနှင့် ငွေကြေး အထောက်အပံ့ ရရှိရန်အတွက် သင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်သတ်မှတ်ရန် အောက်ဖော်ပြပါတို့ကို လျှောက်လွှာနှင့်အတူ ပြန်လည်ပေးပို့ရန် လိုအပ်ပါမည်-

နှစ်စမှ ယနေ့အထိ ဝင်ငွေစုစုပေါင်းကို ဖော်ပြသော လစာဖြတ်ပိုင်းများနှင့် လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ၏ မိတ္တူ။ မယားစရိတ် ချက်လက်မှတ်များနှင့် W2's နှင့်တကွ သင်၏ နောက်ဆုံး အခွန်ပေးဆောင်ရန် တင်ပြသည့် ဝင်ငွေစာရင်းကဲ့သို့ သင်နှင့် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်ဦးချင်းစီ၏ ဝင်ငွေ သက်သေအထောက်အထားများ။ ဝင်ငွေ၏ အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်အပြည့်အစုံအတွက် ငွေကြေး အထောက်အပံ့ဆိုင်ရာ မူဝါဒ- ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဆေးခန်းများကို ကြည့်ရှုပါ။

မိတ္တူများသာ ပေးပို့ရမည်ဖြစ်ပြီး မူရင်းကို ပေးပို့ရမည် မဟုတ်ကြောင်း မှတ်သားပေးပါ။ သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုသည် Medicaid သို့မဟုတ် Food Stamps အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်နေပါက သင့်ပါဝင်မှုသက်သေကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးပို့ပါ။ သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်သည် အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း မရှိပါက သင့်အခြေအနေကိုရှင်းပြပေးနိုင်ပြီး အချိန်ကာလပါဝင်သည့် နိုတြီပြန်ထားသော ဖော်ပြချက်ကို ပေးပို့ပါ။ လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းစရာ မေးခွန်းများရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ ရုံးခန်းများကို ဖုန်း 270-745-1100 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ရုံးဖွင့်ချိန်သည် တနလင်္ဂနွေ သောကြာ မနက် 8:00 မှ ညနေ 4:30 အထိဖြစ်ပါသည်။

ရက်စွဲ-

အမည်-		
လိပ်စာ-		
မြို့-	**ပြည်နယ်-**	**စာပို့ကုဒ်-**

အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မှီခိုသူအားလုံးကို စာရင်းဖော်ပြပေးပါ-

အမည်-	**မွေးနေ့-**
အမည်-	**မွေးနေ့-**
အမည်-	**မွေးနေ့-**
အမည်-	**မွေးနေ့-**
အမည်-	**မွေးနေ့-**
အမည်-	**မွေးနေ့-**
အမည်-	**မွေးနေ့-**

နှစ်စဉ် အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ စုစုပေါင်းကို စာရင်းဖော်ပြပါ-

စုစုပေါင်း လုပ်အားခများ၊ လစာများ၊ ဘောက်ဆူးများ စသည့်-
အိမ်ထောင်ဖက်၏ လုပ်အားခများ၊ လစာများ၊ ဘောက်ဆူးများ စသည့်-
အခြား ဝင်ငွေအမျိုးအစားများ အားလုံး-
ဝင်ငွေ စုစုပေါင်း-

ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော အချက်အလက်များအားလုံးသည် မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံပါသည်။

လက်မှတ်-	**ရက်စွဲ-**