

အမေရိကန် အိန္ဒိယ သို့မဟုတ် အလာစကာဇာတိ (AI/AN)

သင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးသည် အမေရိကန် အိန္ဒိယ သို့မဟုတ် အလာစကာဇာတိဖြစ်ပါက ဤနောက်ဆက်တွဲကို ဖြည့်စွက်ပါ။ ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုအတွက် သင့်လျှောက်လွှာနှင့်အတူ ၎င်းကို တင်ပြပါ။

သင်၏ အမေရိကန် အိန္ဒိယ သို့မဟုတ် အလာစကာ ဇာတိ မိသားစုဝင်(များ) အကြောင်း ပြောပြပါ။

အမေရိကန်အင်ဒီးယန်းများနှင့် အလာစကာဒေသခံများသည် အိန္ဒိယကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ၊ လူမျိုးစုကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် မြို့ပြအိန္ဒိယကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များမှ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ကုန်ကျစရိတ်ခွဲဝေမှုကို ပေးဆောင်ရန် မလိုအပ်ဘဲ အထူးလစဉ် စာရင်းသွင်းကာလများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်မိသားစုသည် ဖြစ်နိုင်သမျှ အကူအညီအများဆုံးရရှိကြောင်း သေချာစေရန် အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေပါ။

မှတ်ချက်- သင့်တွင် ထပ်ထည့်ရန် နောက်ထပ်လူများရှိပါက ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူကူးပြီး ပူးတွဲပါ။

	AI/AN PERSON 1	AI/AN PERSON 2
1. နာမည် (ပထမအမည်၊ အလယ်အမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်)	ပထမ အလယ်	ပထမ အလယ်
	နောက်ဆုံး	နောက်ဆုံး
2. ပြည်ထောင်စု အသိအမှတ်ပြု မျိုးနွယ်စု၏ အဖွဲ့ဝင်လား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် ဟုတ်ပါက လူမျိုးအမည်နှင့် ပြည်နယ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် ဟုတ်ပါက လူမျိုးအမည်နှင့် ပြည်နယ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
3. ဤသူသည် အိန္ဒိယကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု၊ လူမျိုးစုကျန်းမာရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် မြို့ပြအိန္ဒိယကျန်းမာရေးအစီအစဉ်မှ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဤအစီအစဉ်များထဲမှ တစ်ခုမှ လွှဲပြောင်းပေးပို့မှုမှတစ်ဆင့် ရရှိဖူးပါသည်။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက ဤသူသည် အိန္ဒိယကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု၊ လူမျိုးစုကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ၊ သို့မဟုတ် မြို့ပြအိန္ဒိယကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ၊ သို့မဟုတ် ဤအစီအစဉ်များထဲမှတစ်ခုမှ လွှဲပြောင်းပေးပို့မှုမှတစ်ဆင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက ဤသူသည် အိန္ဒိယကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု၊ လူမျိုးစုကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ၊ သို့မဟုတ် မြို့ပြအိန္ဒိယကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ၊ သို့မဟုတ် ဤအစီအစဉ်များထဲမှတစ်ခုမှ လွှဲပြောင်းပေးပို့မှုမှတစ်ဆင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

<p>4. ရရှိသောငွေအချို့ကို Medicaid သို့မဟုတ် Kentucky ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ် (KCHIP) အတွက် ထည့်သွင်းတွက်မည်မဟုတ်ပါ။ ဤရင်းမြစ်များမှ ငွေများပါဝင်သော သင့်လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသော မည်သည့်ဝင်ငွေ (ပမာဏနှင့် အကြိမ်ရေ) ကိုမဆို စာရင်းပြုစုပါ။</p> <ul style="list-style-type: none"> • သဘာဝအရင်းအမြစ်များ၊ အသုံးပြုပိုင်ခွင့်များ၊ ငှားရမ်းမှုများ သို့မဟုတ် အခကြေးငွေများမှ လာသော မျိုးနွယ်စုမှ တစ်ဦးချင်းပေးချေမှုများ • သဘာဝအရင်းအမြစ်များ၊ လယ်ယာစိုက်ပျိုးခြင်း၊ မွေးမြူရေးခြံ၊ ငါးဖမ်းခြင်း၊ အငှားချထားခြင်း သို့မဟုတ် အခကြေးငွေများကို ပြည်ထဲရေးဌာနမှ (ကြိုတင်မှာယူမှုများနှင့် ယခင်ကြိုတင်မှာယူမှုများအပါအဝင်) မှပေးချေမှုများ၊ • ယဉ်ကျေးမှုအဓိပ္ပာယ် ရှိသော အရာများကို ရောင်းရမ့် ရသော ငွေ 	<p>\$ _____</p> <p>အကြိမ်ရေ _____</p>	<p>\$ _____</p> <p>အကြိမ်ရေ _____</p>
--	---------------------------------------	---------------------------------------

သင့်လျှောက်လွှာအတွက် အကူအညီ လိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းတွင် ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ လျှောက်ထားရန် www.kynect.ky.gov သို့ သွားပါ သို့မဟုတ် **1-855-4kynect (459-6328)** သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ Paraayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)။