



ကျန်းမာရေးအတွက် အကျိုးဝင်မှု နှင့် ကုန်ကျစရိတ်များပေးဆောင်ရန် အကူအညီ လူတစ်ဦးထက်ပိုသော လျှောက်လွှာ

သို့ထားစရာများ

သင့်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသော အာမခံရွေးချယ်မှုများကို ကြည့်ရှုရန် ဤလျှောက်လွှာကို အသုံးပြုပါ။

ဒီ လျှောက်လွှာကဘယ်သူအတွက်လဲ။

အွန်လိုင်းတွင် ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ လျှောက်ထားပါ။

လျှောက်ထားရန် လိုအပ်သည်များ

ဤအချက်အလက်ကို ဘာကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုရတာလဲ။

- Medicaid သို့မဟုတ် Kentucky Children's Health Insurance Program (KCHIP, Kentucky ကလေးကျန်းမာရေး အာမခံအစီအစဉ်) မှ အခမဲ့ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်သက်သာသော အကျိုးဝင်မှု
- င်ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုအတွက် ပေးဆောင်ရန် ကူညီပေးနိုင်သော ငွေပေးချေမှု အကူအညီ
- င်အား နေကောင်းနေစေရန် ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် အကျိုးဝင်သည့် သင် တတ်နိုင်သော ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်များ

အိမ်ထောင်စုတစ်ခု၏ အဖွဲ့ဝင်များ (အိမ်ထောင်ဖက်၊ လက်တွဲဖော်များ၊ သားသမီးများ၊ အခြား)-

- Kentucky တွင်နေထိုင်နေပြီး Kentucky တွင်နေထိုင်ရန်စီစဉ်နေသူ
- ၎င်းတို့သည် သင်နှင့်အတူနေထိုင်ခြင်းမရှိလျှင်ပင် သင်၏အခွန်ပြန်တမ်းတွင် ပါဝင်သူများ
- အခွန်မဆောင်ရသော်လည်း သင်နှင့်အတူနေထိုင် ။

ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ လျှောက်ထားရန်-www.kynect.ky.gov.

- သင့်လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (သို့မဟုတ် သင်သည် တရားဝင်ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူဖြစ်ပါက စာရွက်စာတမ်းနံပါတ်)
- အလုပ်ရှင်နှင့် ဝင်ငွေဆိုင်ရာ အချက်အလက် (ဥပမာ၊ လစာစလစ်များ၊ W-2 ဖောင်များ၊ ဆုပေးစာလွှာ၊ သို့မဟုတ် လုပ်ခလစာနှင့် အခွန်ရှင်းတမ်းများ)

သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)၊ သင့် ဝင်ငွေ နှင့် အခြားအချက်အလက်များကို သင်ကို မေးခြင်းဖြင့် သင့်ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ပေးဆောင်သည့် အကူအညီတစ်ခုခုရနိုင်မည်ကို ကြည့်ရှုရန်ဖြစ်သည်။

သင် SSN ရရှိရန် အကူအညီ လိုအပ်ပါက 1-800-772-1213 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် socialsecurity.gov သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ ။ TTY အသုံးပြုသူများသည် 1-800-325-0778 သို့ခေါ်ဆိုသင့်သည်။

ဥပဒေအရ လိုအပ်ချက်အရ သင်ပေးသော အချက်အလက်အားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့အား သီးသန့်ထားရှိပါမည်။ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များကို Kentucky အလုပ်အကိုင်ဝန်ဆောင်မှုဌာန၊ ပြည်တွင်းအခွန်ဝန်ဆောင်မှုနှင့် အခြားသော ကိုက်ညီသော အရင်းအမြစ်များ ကဲ့သို့သော အခြားအေဂျင်စီများနှင့် ကွန်ပျူတာဖြင့် တိုက်စစ်မှု ပြုလုပ်ရန်အတွက် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များကို အသုံးပြုပါသည်။ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များကို အမေရိကန် နိုင်ငံသားနှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ (USCIS) သို့ မည်သူ့ကိုမ သတင်းပို့ရန် အသုံးပြုမည်မဟုတ်ပါ။

နောင်တွင် ဘာဆက်ဖြစ်မလဲ။

- ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို စာတိုက် သို့မဟုတ် ဖက်စ်ပို့ရန်-

Kynect ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှု

**P.O. Box 2104
Frankfort, KY 40602**

ဖက်စ်- 1-502-573-2007

အကူအညီရယူရန်

- **ကျွန်ုပ်တို့တောင်းဆိုသည့် အချက်အလက်အားလုံး သင့်တွင်မရှိပါက မည်သို့ပင်ဖြစ်စေ သင်၏လျှောက်လွှာကို တင်ပါ။** သင်ပေးသောအချက်အလက်များအပေါ်အခြေခံ၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြီးမြောက်အောင်မဆောင်ရွက်နိုင်ပါက ပျောက်ဆုံးနေသောအချက်အလက်များအတွက် သင့်ထံဆက်သွယ်ပါမည်။
- **ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ပါက** အစီအစဉ်တစ်ခုကို ရွေးချယ်ရန် သင်လိုက်နာရမည့် အဆင့်များအကြောင်း အသေးစိတ် အချက်အလက်များကို သင့်ထံ ပေးပို့ပါမည်။ အစီအစဉ်တစ်ခုတွင်စာရင်းသွင်းရန် သင်သည် အွန်လိုင်းမှ တဆင့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုရန် သို့မဟုတ် အာမခံကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် kynector ထံမှ အကူအညီရယူရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။
- **အွန်လိုင်း- www.kynect.ky.gov**
- **ဖုန်းဖြင့်- 1-855- 4kynect (459-6328)** တွင် သုံးစွဲသူဝန်ဆောင်မှုကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
- **လူကိုယ်တိုင်-** ကျွန်ုပ်တို့၏ဝက်ဘ်ဆိုဒ်သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ကိုခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် သင်နေထိုင်ရာအနီးရှိနေရာများစာရင်းကို ရှာဖွေပါ။
- **အာမခံကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် kynector ကို ဆက်သွယ်ပါ-** သင့်အနီးနားရှိ အာမခံအေးဂျင့်များနှင့် kynectors စာရင်းများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ဝက်ဘ်ဆိုဒ်သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် 1-855- 4kynect (459-6328) သို့ခေါ်ဆိုပါ။
- **Español- Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al 1-855- 4kynect (459-6328)**
- **TTY အသုံးပြုသူများသည် 1-855-459-6328 သို့ခေါ်ဆိုပါ။**



ကျန်းမာရေးအတွက် အကျိုးဝင်မှု နှင့် ကုန်ကျစရိတ်များပေးဆောင်ရန် အကူအညီ လူတစ်ဦးထက်ပိုသော လျှောက်လွှာ

အဆင့် 1

သင့်အကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ။ (တာဝန်ရှိပါတီ)

လျှောက်လွှာ၏ ဤအပိုင်းကို တာဝန်ယူထားရှိသော ပါတီ (တာဝန်ခံပါတီ မှ အကျိုးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းမရှိလျှင်ပင်) အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ သင်သည် အခြားသူအတွက် ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါက၊ သင်သည် သင်၏ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်ကို ထည့်သွင်းရန် **နောက်ဆက်တွဲ B** ကို အသုံးပြုရပါမည်။



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

Form KHBE-110

ပြန်လည်ပြင်ဆင်ထားသည်- 06-2021

1. ပထမအမည်၊ အလယ်အမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်နှင့် နောက်ဆက်တွဲ (သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးကတ်တွင် ပေါ်လာသည့်အတိုင်း)

2. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) **အကျုံးဝင်ပြီး SSN ရှိလိုပါက သင့် SSN လိုအပ်ပါသည်။** မြန်ဆန်နိုင်သောကြောင့် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုကို မလိုလားပါက ကျွန်ုပ်တို့အား သင်၏ SSN ပေးခြင်းသည် အထောက်အကူဖြစ်နိုင်ပါသည်။

3. သင်သည် **အကျုံးဝင်လိုပါက** SSN ကို မပေးနိုင်ပါက ၎င်းကို မပေးသည့်အတွက် အကြောင်းပြချက်ကို ရွေးချယ်ပါ။
 ဘာသာရေးကန့်ကွက်မှု SSN အတွက် လျှောက်ထားသည် SSN ကို လက်ခံရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။
 SSN မရှိပါက တရားဝင်အလုပ်မဟုတ်သော အကြောင်းပြချက်အတွက် SSN ကိုသာ ထုတ်ပေးနိုင်သည် SSN ကို ပံ့ပိုးပေးရန် ငြင်းဆိုပါ။
 ကျွန်ုပ်သည် အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းမရှိသောကြောင့် မပေးလိုပါ။

4. အကယ်၍ သင်သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားပါက ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပြီး မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေပါ။
ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှု အတွက် **လျှောက်ထားခြင်း မပြုပါက** နောက်စာမျက်နှာတွင် မေးခွန်း 26-34 ကို **မဖြေပါနှင့်။**

5. မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy) 6. လိင်
 ကျား မ

7. Kentucky တွင်နေထိုင်နေပြီး Kentucky တွင် ဆက်နေထိုင်ရန်စီစဉ်နေသူဖြစ်ပါသလား။ (အကျုံးဝင်လိုလျှင်သာ လိုအပ်သည်) ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

8. အိမ်လိပ်စာ - သင့်တွင် အိမ်လိပ်စာမရှိပါက ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပါ။ အောက်ဖော်ပြပါ စာပို့လိပ်စာကို ဖြည့်သွင်းရပါမည်။

9. မြို့ 10. ပြည်နယ် 11. ဇစ်ကုဒ် 12. ကောင်တီ

13. စာပို့လိပ်စာ (အိမ်လိပ်စာနှင့် မတူလျှင်သာ လိုအပ်သည်)

14. မြို့ 15. ပြည်နယ် 16. ဇစ်ကုဒ် 17. ကောင်တီ

18. ပင်မဖုန်းနံပါတ် အိမ် အလုပ် ဆဲလ်ဖုန်း 19. အရံဖုန်းနံပါတ် အိမ် အလုပ် ဆဲလ်ဖုန်း

20. သင့်ပင်မဖုန်းနံပါတ်သို့ kynect စာသားမက်ဆေ့ချ်သတိပေးချက်များကို လက်ခံရရှိခြင်းမှ ဖယ်ရန် ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပါ။ သင်၏ အရံဖုန်းနံပါတ်သို့ kynect စာသားမက်ဆေ့ချ်သတိပေးချက်များကို ဖယ်ရန် ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပါ။

21. ဦးစားပေးစကားပြောဘာသာစကား (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်ပါက) 22. ဦးစားပေးရေးသားထားသော ဘာသာစကား (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်ပါက)

23. သင်တွင် ရှိပါက **Form 1095-A** စာရင်းသွင်းမှုအချက်အလက်နှင့် လွှမ်းခြုံနှစ်အတွင်း အိမ်ထောင်စုတစ်ခု၏ ငွေပေးချေမှုအကူအညီပမာဏကို အစီရင်ခံရန် kynect မှ သင်နှင့် IRS ထံ ပေးပို့ပါသည်။ **Form 1095-B** ကို www.kynect.ky.gov သို့ဝင်ရောက်ခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် တစ်နှစ်အတွင်း Medicaid တွင် အကျုံးဝင်ထားသော အိမ်ထောင်စုရှိလူတစ်ဦးစီအတွက် DCBS သို့ ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဖောင်များကို စာတိုက်မေးလ်မှတစ်ဆင့် ပေးပို့မည် သို့မဟုတ် သင်သည် kynect တွင် အကောင့်တစ်ခုဖန်တီးပါက ဖောင်ကိုကြည့်ရှုရန် အသင့်ဖြစ်နေပြီဖြစ်သည့်အစား အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် သင့်အား အကြောင်းကြားနိုင်ပါသည်။ အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် အကြောင်းကြားစေချင်လိုပါက သင့်အီးမေးလ်လိပ်စာကို ထည့်ပါ။

24. တာဝန်ခံပါတီဖြစ်သည့် သင်သည် လာမည့်နှစ်တွင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ (သင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် မရှိပါက ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။)

ဟုတ်ပါသည် ။ **ဟုတ်ပါက** မေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။ **မဟုတ်ပါ** ။ **မဟုတ်ပါက** မေးခွန်း d သို့ ကျော်သွားပါ။
a. သင့်စာရွက်စာတမ်းအခြေအနေက ဘယ်လိုလဲ။ လက်ထပ်မှုပူးတွဲဆောင်ရွက်ခြင်း လက်ထပ်မှု ခွဲဆောင်ရွက်ခြင်း
 အပျိုလူပျို အိမ်ထောင်ဦးစီး
b. လက်ထပ်ထားပါက သင့်အိမ်ထောင်ဖက်မှာမည် ဘယ်လိုခေါ်လဲ။ _____
c. သင့်တွင်အခွန်မီဒီဒူရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မီဒီဒူ(များ)၏ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ- _____



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

d. အခြားသူတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်တမ်းအပေါ်မှီခိုသူအဖြစ် သင်တောင်းဆိုထားပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက အခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____
 အခွန်ပေးဆောင်သူနှင့် သင်မည်သို့ သက်ဆိုင်သနည်း။ _____

25. သင်သည် ဤအိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ မိဘ/စောင့်ရှောက်သူလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ထောင်စုဝင်၏အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____

အကျုံးဝင်လိုလျှင် အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေပါ-

26. သင်သည် အလုပ်တစ်ခုမှ ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှု (အိမ်ထောင်ဖက်အလုပ်ကဲ့သို့ အခြားသူ၏အလုပ် အပါအဝင်) ကို ပေးဆောင်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်စွက်ပြီး **နောက်ဆက်တွဲ A** ကို ထည့်သွင်းရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ

27. သင်သည် လောလောဆယ် စာရင်းသွင်းထားပါသလား သို့မဟုတ် တစ်ဦးချင်း အကျုံးဝင်သော ကျန်းမာရေး ပေးချေမှု အစီအစဉ် (ICHRA) သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော အသေးစား အလုပ်ရှင် HRA (QSEHRA) ကမ်းလှမ်းချက် ရှိထားပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် **အဆင့် 3 HRA မေးခွန်းများ**ကို ဖြည့်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ

28. ပြီးခဲ့သော 3 လအတွင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ပေးဆောင်ရန် ကူညီလိုပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မည်သည့်လ(များ)လဲ။ _____

29. သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသား ဖြစ်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်
 မဟုတ်ပါ

30. အကယ်၍ သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ ၎င်းတို့ မွေးဖွားသောနိုင်ငံသားဖြစ်ပါက သင်သည် ပင်မနိုင်ငံသားဖြစ်ခြင်း သို့မဟုတ် တဆင့်ခံဆင်းသက်လာသော နိုင်ငံသားဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုအတွက် အချက်အလက်ပေးပါ။
 နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ်
 • နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ် နံပါတ်- _____
 • ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____
 နိုင်ငံသားလက်မှတ်
 • နိုင်ငံသားလက်မှတ်နံပါတ်- _____
 • ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____

31. အကယ်၍ သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ ၎င်းတို့ မွေးဖွားသောနိုင်ငံသား မဟုတ်ပါက သင့်တွင် အရည်အချင်းပြည့်မီသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားရှိပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ အောက်ပါမေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။
 a) လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား- _____
 b) စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီ နံပါတ်- _____
 c) သင် U.S. တွင် 1996 ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
 d) သင့်လက်ရှိ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားကို ဘယ်နေ့က ရခဲ့လဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

32. သင့်တွင် အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

33. သင်သည် အမေရိကန်စစ်တပ်၏ စစ်ပြန် သို့မဟုတ် လက်ရှိတွင် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဟုတ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

34. သင်သည် ဟစ်စပန်နစ်၊ လက်တင်နို သို့မဟုတ် စပိန်နွယ်ဖွားဖြစ်ပါသလား။ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်) ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ



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

35. လူမျိုး

(ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> လူဖြူ | <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယ | <input type="checkbox"/> ဖိလစ်ပိုင် | <input type="checkbox"/> ဗီယက်နမ် | <input type="checkbox"/> ဂူမာနီယံ သို့မဟုတ် ချာမာရီ |
| <input type="checkbox"/> လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန် | <input type="checkbox"/> အလက်ဇကာ ဇာတိ | <input type="checkbox"/> ဂျပန် | <input type="checkbox"/> တခြားအာရှတိုက်သား | <input type="checkbox"/> ဆာမိုအန် |
| <input type="checkbox"/> တရုတ် | <input type="checkbox"/> အာရှ အိန္ဒိယ | <input type="checkbox"/> ကိုးရီးယား | <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်ယီဇာတိ | <input type="checkbox"/> အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား |

36. အကယ်၍ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးကို မကြာသေးမီက ဆုံးရှုံးခဲ့ရပါက၊ သူ/သူမ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ပေးဆောင်ရန် အကူအညီကို သင်ရနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ ကွယ်လွန်သူ မိသားစုဝင်များအကြောင်း အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးပါ-
အမည်-_____ မွေးသက္ကရာဇ်-_____

လိင်- ယောက်ျား အမျိုး

သင်သည် ဟစ်စပန်နစ်၊ လက်တင်နို သို့မဟုတ် စပိန်နွယ်ဖွားဖြစ်ပါသလား။ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်) ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ လူမျိုး (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)-_____



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

အဆင့် 2

အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များ

ထို့နောက် သင့်အိမ်ထောင်စု၏ အခြားအဖွဲ့ဝင်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား အချက်အလက်များပေးရန် လိုအပ်ပါသည် (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို မလိုလားသော်လည်း သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံး အပါအဝင်)။ Kentucky တွင်နေထိုင်ပြီး Kentucky တွင်နေထိုင်ရန်စီစဉ်ထားသော အိမ်ထောင်ဖက်၊ သားသမီးများနှင့် အခြားသူများ၊ သင်၏အခွန်ပြန်တမ်းတွင် (သင်နှင့်အတူမနေထိုင်ပါက) တွင်ပါဝင်ပြီး အခွန်မဆောင်ရသေးပါက သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်နေထိုင်ပါက ထည့်သွင်းပါ။ အကယ်၍ သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် လူလေးဦးထက်ပို၍ လိုအပ်ပါက ၎င်းတို့၏ အချက်အလက်များနှင့် ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများကို ပူးတွဲပါ။

သင်၏ အခွန်ဆောင် အိမ်ထောင်စုဝင်များနှင့် စတင်လိုက်ပါ။



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

ပုဂ္ဂိုလ် 2

1. ပထမအမည်၊ အလယ်အမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်၊ နောက်ဆက်တ(သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးကတ်တွင် ပေါ်လာသည့်အတိုင်း) 2. သင်နှင့် သွေးတော်သားစပ်မှု

3. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) **ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် အကျုံးဝင်ပြီး SSN ရှိပါက ပုဂ္ဂိုလ် 2 ၏ SSN လိုအပ်ပါသည်။** ကျွန်ုပ်တို့အား SSN ပေးခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုကို မြန်ဆန်စေနိုင်သောကြောင့် လျှောက်ထားခြင်းမပြုပါက အထောက်အကူဖြစ်နိုင်ပါသည်။

4. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် အကျုံးဝင်မှုကို လိုလားပြီး SSN ကို မပေးပါက၊ ၎င်းကို မပေးသည့်အတွက် အကြောင်းပြချက်ကို ရွေးချယ်ပါ။

- ဘာသာရေးကန့်ကွက်မှု SSN အတွက် လျှောက်ထားသည်
- SSN မပါသော မွေးကင်းစကလေးငယ်
- SSN ကို လက်ခံရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။
- SSN မရှိပါက တရားဝင်အလုပ်မဟုတ်သော အကြောင်းပြချက်အတွက် SSN ကိုသာ ထုတ်ပေးနိုင်သည်
- SSN ကို ပံ့ပိုးပေးရန် ငြင်းဆိုပါ
- ကျွန်ုပ်သည် အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းမရှိသောကြောင့် မပေးလိုပါ။

5. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားပါက ဤနေရာတွင်

- အမှန်ဖြစ်ပြီး မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေပါ။ ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှု အတွက် လျှောက်ထားခြင်း မပြုပါက နောက်စာမျက်နှာတွင် မေးခွန်း 12-20 ကို မဖြေပါနှင့်။

6. မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy)

7. လိင်
 ကျား မ

8. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်အဖြစ် လိပ်စာတစ်ခုတည်းတွင် နေထိုင်ပါသလား။

- ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** အောက်ပါလိပ်စာကို မထည့်ပါနှင့်။ မဟုတ်ပါ။ **မဟုတ်ပါက** အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ် 2 ၏လိပ်စာကို ထည့်ပါ။

9. အိမ်လိပ်စာ

10. စာပို့လိပ်စာ (အိမ်လိပ်စာနှင့် မတူလျှင်သာ လိုအပ်သည်)

11. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် လာမည့်နှစ်တွင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။
(သင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် မရှိပါက ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။)

- ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** မေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။ မဟုတ်ပါ။ **မဟုတ်ပါက** မေးခွန်း d သို့ ကျော်သွားပါ။
- a. ပုဂ္ဂိုလ် 2 စာရွက်စာတမ်းအခြေအနေက ဘယ်လိုလဲ။ လက်ထပ်မှုပူးတွဲဆောင်ရွက်ခြင်း လက်ထပ်မှု ခွဲဆောင်ရွက်ခြင်း
 အပျိုလူပျို အိမ်ထောင်ဦးစီး
- b. လက်ထပ်ထားပါက အိမ်ထောင်ဖက်နှာမည် ဘယ်လိုခေါ်လဲ။ _____
- c. ပုဂ္ဂိုလ် 2 တွင်အခွန်မီခိုသူရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မှီခိုသူ(များ)၏ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ- _____
- d. အခြားသူတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်တမ်းအပေါ် မှီခိုသူအဖြစ် ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် တောင်းဆိုထားပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက အခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____
အခွန်ပေးဆောင်သူနှင့် ပုဂ္ဂိုလ် 2 မည်သို့ ဆက်စပ်သနည်း။ _____

12. သင်သည် ဤအိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ မိဘ/စောင့်ရှောက်သူလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ထောင်စုဝင်၏အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____



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

13. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် အလုပ်တစ်ခုမှ ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှု (အိမ်ထောင်ဖက်အလုပ်ကဲ့သို့ အခြားသူ၏အလုပ် အပါအဝင်) ကို ပေးဆောင်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်စွက်ပြီး နောက်ဆက်တွဲ A ကို ထည့်သွင်းရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။
 မဟုတ်ပါ

14. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် လောလောဆယ် စာရင်းသွင်းထားပါသလား သို့မဟုတ် တစ်ဦးချင်း အကျိုးဝင်သော ကျန်းမာရေး ပေးချေမှု အစီအစဉ် (ICHRA) သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော အသေးစား အလုပ်ရှင် HRA (QSEHRA) ကမ်းလှမ်းချက် ရှိထားပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် **အဆင့် 3 HRA မေးခွန်းများ**ကို ဖြည့်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ မဟုတ်ပါ

15. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် ပြီးခဲ့သော 3 လအတွင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ပေးဆောင်ရန် ကူညီလိုပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မည်သည့်လ(များ)လဲ။ _____

16. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသား ဖြစ်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်
 မဟုတ်ပါ

17. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတွင် မွေးဖွားသောနိုင်ငံသားဖြစ်ပါက သင်သည် ပင်မနိုင်ငံသားဖြစ်ခြင်း သို့မဟုတ် တဆင့်ခံဆင်းသက်လာသော နိုင်ငံသားဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုအတွက် အချက်အလက်ပေးပါ။
 နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ်
 • နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ် နံပါတ်- _____
 • ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____
 နိုင်ငံသားလက်မှတ်- _____
 • နိုင်ငံသားလက်မှတ်နံပါတ်- _____
 • ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____

18. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတွင် မွေးဖွားသောနိုင်ငံသား မဟုတ်ပါက ၎င်းတွင် အရည်အချင်းပြည့်မီသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားရှိပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ အောက်ပါမေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။
 a) လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား- _____
 b) စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီ နံပါတ်- _____
 c) သင်သည် အမေရိကန် U.S. တွင် 1996 ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
 d) သင့်လက်ရှိ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားကို ဘယ်နေ့က ရခဲ့လဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

19. ပုဂ္ဂိုလ် 2 တွင် အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

20. ပုဂ္ဂိုလ် 2 အမေရိကန်စစ်တပ်၏ စစ်ပြန် သို့မဟုတ် လက်ရှိတွင် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဟုတ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

21. ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် ဟစ်စပန်နစ်၊ လက်တင်နို သို့မဟုတ် စပိန်နွယ်ဖွားဖြစ်ပါသလား။ (ချန်လှုပ်ထားနိုင်သည်) ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

22. လူမျိုး (ချန်လှုပ်ထားနိုင်သည်)

<input type="checkbox"/> လူဖြူ	<input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယ	<input type="checkbox"/> ဖိလစ်ပိုင်	<input type="checkbox"/> ဗီယက်နမ်	<input type="checkbox"/> ဂူမာနီယံ သို့မဟုတ် ချာမာရီ
<input type="checkbox"/> လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန်	<input type="checkbox"/> အလက်ဇကာ ဇာတိ	<input type="checkbox"/> ဂျပန်	<input type="checkbox"/> တခြားအာရှတိုက်သား	<input type="checkbox"/> ဆာမိုအန်
<input type="checkbox"/> တရုတ်	<input type="checkbox"/> အာရှ အိန္ဒိယ	<input type="checkbox"/> ကိုးရီးယား	<input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်ယီဇာတိ	<input type="checkbox"/> အခြား ပစ်ဖိတ်ကျွန်းသား



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

ပုဂ္ဂိုလ် 3

1. ပထမအမည်၊ အလယ်အမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်၊ နောက်ဆက်တ(သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးကတ်တွင် ပေါ်လာသည့်အတိုင်း)	2. သင်နှင့် သွေးတော်သားစပ်မှု
3. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN)	ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အကျုံးဝင်ပြီး SSN ရှိပါက ပုဂ္ဂိုလ် 3 ၏ SSN လိုအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့အား SSN ပေးခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုကို မြန်ဆန်စေနိုင်သောကြောင့် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုကို မလိုလားပါက လျှောက်ထားခြင်းမပြုပါက အထောက်အကူဖြစ်နိုင်ပါသည်။
4. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အကျုံးဝင်မှုကို လိုလားပြီး SSN ကို မပေးပါက၊ ၎င်းကို မပေးသည့်အတွက် အကြောင်းပြချက်ကို ရွေးချယ်ပါ။	
<input type="checkbox"/> ဘာသာရေးကန့်ကွက်မှု <input type="checkbox"/> SSN အတွက် လျှောက်ထားသည် <input type="checkbox"/> SSN မပါသော မွေးကင်းစကလေးငယ် <input type="checkbox"/> SSN ကို လက်ခံရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။ <input type="checkbox"/> SSN မရှိပါက တရားဝင်အလုပ်မဟုတ်သော အကြောင်းပြချက်အတွက် SSN ကိုသာ ထုတ်ပေးနိုင်သည် <input type="checkbox"/> SSN ကို ပံ့ပိုးပေးရန် ငြင်းဆိုပါ <input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်သည် အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းမရှိသောကြောင့် မပေးလိုပါ။	
5. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားပါက ဤနေရာတွင်	
<input type="checkbox"/> အမှန်ဖြစ်ပြီး မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေပါ။ ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှု အတွက် လျှောက်ထားခြင်း မပြုပါက နောက်စာမျက်နှာတွင် မေးခွန်း 12-20 ကို မဖြေပါနှင့်။	
6. မမွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy)	7. လိင် <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
8. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်အဖြစ် လိပ်စာတစ်ခုတည်းတွင် နေထိုင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက အောက်ပါလိပ်စာကို မထည့်ပါနှင့်။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ် 3 ၏လိပ်စာကို ထည့်ပါ။	
9. အိမ်လိပ်စာ	10. စာပို့လိပ်စာ (အိမ်လိပ်စာနှင့် မတူလျှင်သာ လိုအပ်သည်)
11. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် လာမည့်နှစ်တွင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ (သင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် မရှိပါက ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။)	
<input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက မေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း d သို့ ကျော်သွားပါ။	
a. ပုဂ္ဂိုလ် 3 စာရွက်စာတမ်းအခြေအနေက ဘယ်လိုလဲ။ <input type="checkbox"/> လက်ထပ်မှုပူးတွဲဆောင်ရွက်ခြင်း <input type="checkbox"/> လက်ထပ်မှု ခွဲဆောင်ရွက်ခြင်း <input type="checkbox"/> အပျိုလူပျို <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဦးစီး	
b. လက်ထပ်ထားပါက အိမ်ထောင်ဖက်နှာမည် ဘယ်လိုခေါ်လဲ။ _____	
c. ပုဂ္ဂိုလ် 3 တွင်အခွန်မှီခိုသူရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက မှီခိုသူ(များ)၏ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ- _____	
d. အခြားသူတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်တမ်းအပေါ်မှီခိုသူအဖြစ် ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် တောင်းဆိုထားပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက အခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____ အခွန်ပေးဆောင်သူနှင့် ပုဂ္ဂိုလ် 3 မည်သို့ ဆက်စပ်သနည်း။ _____	
12. သင်သည် ဤအိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ မိဘ/စောင့်ရှောက်သူလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	
ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ထောင်စုဝင်၏အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____	



13. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အလုပ်တစ်ခုခု ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှု (အိမ်ထောင်ဖက်အလုပ်ကဲ့သို့ အခြားသူ၏အလုပ် အပါအဝင်) ကို ပေးဆောင်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်စွက်ပြီး နောက်ဆက်တွဲ A ကို ထည့်သွင်းရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ

14. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် လောလောဆယ် စာရင်းသွင်းထားပါသလား သို့မဟုတ် တစ်ဦးချင်း အကျိုးဝင်သော ကျန်းမာရေး ပေးချေမှု အစီအစဉ် (ICHRA) သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော အသေးစား အလုပ်ရှင် HRA (QSEHRA) ကမ်းလှမ်းချက် ရှိထားပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် **အဆင့် 3 HRA မေးခွန်းများ**ကို ဖြည့်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ

15. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် ပြီးခဲ့သော 3 လအတွင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ပေးဆောင်ရန် ကူညီလိုပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မည်သည့်လ(များ)လဲ။ _____

16. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသား ဖြစ်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

17. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတွင် မွေးဖွားသောနိုင်ငံသားဖြစ်ပါက သင်သည် ပင်မနိုင်ငံသားဖြစ်ခြင်း သို့မဟုတ် တဆင့်ခံဆင်းသက်လာသော နိုင်ငံသားဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုအတွက် အချက်အလက်ပေးပါ။
 နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ်
• နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ် နံပါတ်- _____
• ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____
 နိုင်ငံသားလက်မှတ်- _____
• နိုင်ငံသားလက်မှတ်နံပါတ်- _____
• ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____

18. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတွင် မွေးဖွားသောနိုင်ငံသား မဟုတ်ပါက ၎င်းတွင် အရည်အချင်းပြည့်မီသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားရှိပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ အောက်ပါမေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။
a) လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား- _____
b) စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီ နံပါတ်- _____
c) ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် အမေရိကန် U.S. တွင် 1996 ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
d) သင့်လက်ရှိ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားကို ဘယ်နေ့က ရခဲ့လဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

19. ပုဂ္ဂိုလ် 2 တွင် အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

20. ပုဂ္ဂိုလ် 3 အမေရိကန်စစ်တပ်၏ စစ်ပြန် သို့မဟုတ် လက်ရှိတွင် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဟုတ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

21. ပုဂ္ဂိုလ် 3 သည် ဟစ်စပန်နစ်၊ လက်တင်နို သို့မဟုတ် စပိန်နွယ်ဖွားဖြစ်ပါသလား။ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်) ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

22. လူမျိုး **-(ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)**
 လူဖြူ အမေရိကန် အိန္ဒိယ ဖိလစ်ပိုင် ဗီယက်နမ် ဂူမာနီယံ သို့မဟုတ် ချာမာရီ
 လူမည်း သို့မဟုတ် အလက်ဇက်ဒါ ဂျပန် တရားအာရှတိုက်သား ဆာမိုအန်
အာဖရိကန်အမေရိကန် အာရှ အိန္ဒိယ ကိုးရီးယား ဟာဝိုင်ယီဇာတီ အခြား ပစ်ဖိတ်ကျွန်းသား
 တရုတ်



ပုဂ္ဂိုလ် 4

1. ပထမအမည်၊ အလယ်အမည်၊ နောက်ဆုံးအမည်၊ နောက်ဆက်တ (သင်၏ လူမှုဖူလုံရေးကတ်တွင် ပေါ်လာသည့်အတိုင်း) 2. သင်နှင့် သွေးတော်သားစပ်မှု

3. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) **ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် အကျုံးဝင်ပြီး SSN ရှိပါက ပုဂ္ဂိုလ် 4 ၏ SSN လိုအပ်ပါသည်။** ကျွန်ုပ်တို့အား SSN ပေးခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုကို မြန်ဆန်စေနိုင်သောကြောင့် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုကို မလိုလားပါက လျှောက်ထားခြင်းမပြုပါက အထောက်အကူဖြစ်နိုင်ပါသည်။

4. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် အကျုံးဝင်မှုကို လိုလားပြီး SSN ကို မပေးပါက၊ ၎င်းကို မပေးသည့်အတွက် အကြောင်းပြချက်ကို ရွေးချယ်ပါ။

ဘာသာရေးကန့်ကွက်မှု SSN အတွက် လျှောက်ထားသည်

SSN မပါသော မွေးကင်းစကလေးငယ် SSN ကို လက်ခံရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။

SSN မရှိပါက တရားဝင်အလုပ်မဟုတ်သော အကြောင်းပြချက်အတွက် SSN ကိုသာ ထုတ်ပေးနိုင်သည်

SSN ကို ပံ့ပိုးပေးရန် ငြင်းဆိုပါ ကျွန်ုပ်သည် အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းမရှိသောကြောင့် မပေးလိုပါ။

5. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုအတွက် လျှောက်ထားပါက ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပြီး မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေပါ။ ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှု အတွက် **လျှောက်ထားခြင်း မပြုပါက** နောက်စာမျက်နှာတွင် မေးခွန်း 12-20 ကို **မဖြေပါနှင့်။**

6. မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy) 7. လိင် ကျား မ

8. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်အဖြစ် လိပ်စာတစ်ခုတည်းတွင် နေထိုင်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** အောက်ပါလိပ်စာကို မထည့်ပါနှင့်။ မဟုတ်ပါ။ **မဟုတ်ပါက** အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ် 4 ၏လိပ်စာကို ထည့်ပါ။

9. အိမ်လိပ်စာ 10. စာပို့လိပ်စာ (အိမ်လိပ်စာနှင့် မတူလျှင်သာ လိုအပ်သည်)

11. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် လာမည့်နှစ်တွင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ (သင် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေခွန် ပြန်လည်ရရှိငွေ လျှောက်ထားရန် မရှိပါက ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။)

ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** မေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။ **မဟုတ်ပါ။** **မဟုတ်ပါက** မေးခွန်း d သို့ ကျော်သွားပါ။

a. ပုဂ္ဂိုလ် 4 စာရွက်စာတမ်းအခြေအနေက ဘယ်လိုလဲ။ လက်ထပ်မှုပူးတွဲဆောင်ရွက်ခြင်း လက်ထပ်မှု ခွဲဆောင်ရွက်ခြင်း
 အပျိုလူပျို အိမ်ထောင်ဦးစီး

b. လက်ထပ်ထားပါက အိမ်ထောင်ဖက်နာမည် ဘယ်လိုခေါ်လဲ။ _____

c. ပုဂ္ဂိုလ် 4 တွင်အခွန်မီခိုသူရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မီခိုသူ(များ)၏ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ- _____

d. အခြားသူတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်တမ်းအပေါ်မီခိုသူအဖြစ် ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် တောင်းဆိုထားပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက အခွန်လျှောက်ထားသူ၏ အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____
 အခွန်ပေးဆောင်သူနှင့် ပုဂ္ဂိုလ် 4 မည်သို့ ဆက်စပ်သနည်း။ _____

12. သင်သည် ဤအိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦး၏ မိဘ/စောင့်ရှောက်သူလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ထောင်စုဝင်၏အမည်ကို စာရင်းပြုစုပါ- _____



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

13. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် အလုပ်တစ်ခုမှ ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှု (အိမ်ထောင်ဖက်အလုပ်ကဲ့သို့ အခြားသူ၏အလုပ် အပါအဝင်) ကို ပေးဆောင်ပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်စွက်ပြီး **နောက်ဆက်တွဲ A** ကို ထည့်သွင်းရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ

14. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် လောလောဆယ် စာရင်းသွင်းထားပါသလား သို့မဟုတ် တစ်ဦးချင်း အကျိုးဝင်သော ကျန်းမာရေး ပေးချေမှု အစီအစဉ် (ICHRA) သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော အသေးစား အလုပ်ရှင် HRA (QSEHRA) ကမ်းလှမ်းချက် ရှိထားပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ **ဟုတ်ပါက** သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် **အဆင့် 3 HRA မေးခွန်းများ**ကို ဖြည့်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ

15. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် ပြီးခဲ့သော 3 လအတွင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ပေးဆောင်ရန် ကူညီလိုပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
ဟုတ်ပါက မည်သည့်လ(များ)လဲ။

<p>16. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသား ဖြစ်ပါသလား။</p> <p><input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ</p>	<p>17. နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတွင် မွေးဖွားသောနိုင်ငံသားဖြစ်ပါက သင်သည် ပင်မနိုင်ငံသားဖြစ်ခြင်း သို့မဟုတ် တဆင့်ခံဆင်းသက်လာသော နိုင်ငံသားဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ</p> <p>ဟုတ်ပါက အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုအတွက် အချက်အလက်ပေးပါ။</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ် <ul style="list-style-type: none"> • နိုင်ငံသားပြုခွင့်လက်မှတ် နံပါတ်- _____ • ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____ <input type="checkbox"/> နိုင်ငံသားလက်မှတ်- _____ <ul style="list-style-type: none"> • နိုင်ငံသားလက်မှတ်နံပါတ် - _____ • ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ နံပါတ်- _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ၎င်းတွင် မွေးဖွားသောနိုင်ငံသား မဟုတ်ပါက ၎င်းတွင် အရည်အချင်းပြည့်မီသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားရှိပါသလား။
 ဟုတ်ပါသည်။ အောက်ပါမေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။

a) လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား- _____

b) စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီ နံပါတ်- _____

c) ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် အမေရိကန် U.S. တွင် 1996 ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

d) သင့်လက်ရှိ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေအထားကို ဘယ်နေ့က ရခဲ့လဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

19. ပုဂ္ဂိုလ် 2 တွင် အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

20. ပုဂ္ဂိုလ် 4 အမေရိကန်စစ်တပ်၏ စစ်ပြန် သို့မဟုတ် လက်ရှိတွင် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဟုတ်ပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

21. ပုဂ္ဂိုလ် 4 သည် ဟစ်စပန်နစ်၊ လက်တင်နို သို့မဟုတ် စပိန်နွယ်ဖွားဖြစ်ပါသလား။ **(ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)** ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

22. လူမျိုး **(ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)**

<input type="checkbox"/> လူဖြူ	<input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယ	<input type="checkbox"/> ဖိလစ်ပိုင်	<input type="checkbox"/> ဗီယက်နမ်	<input type="checkbox"/> ဂူမာနီယံ သို့မဟုတ် ချာမာရီ
<input type="checkbox"/> လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန်	<input type="checkbox"/> အလက်ဇော ဇာတိ	<input type="checkbox"/> ဂျပန်	<input type="checkbox"/> တခြားအာရှတိုက်သား	<input type="checkbox"/> ဆာမိုအန်
<input type="checkbox"/> တရုတ်	<input type="checkbox"/> အာရှ အိန္ဒိယ	<input type="checkbox"/> ကိုးရီးယား	<input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်ယီဇာတိ	<input type="checkbox"/> အခြား ပစ်ဖိတ်ကျွန်းသား



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

အဆင့် 3

ထပ်ဆောင်း ဝင်ငွေ-

အောက်ပါမေးခွန်းများအတွက် အဖြေသည် လူတစ်ဦးထက်ပို၍ ဟုတ်ပါက အသေးစိတ်အချက်အလက်များပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အား စာရွက်ထပ်စာရွက်များကို အသုံးပြုပါ။

1. ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်ရှိထောင်တွင်း သို့မဟုတ် ထောင်ထဲတွင် သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သည့်သုံးလက ပြန်လွတ်လာသူ မည်သူမဆို ဤလျှောက်လွှာတွင် ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုကို လျှောက်ထားနေပါသလား။

ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက မေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း 2 သို့သွားပါ။

a. ဘယ်သူလဲ။ _____

b. ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ဘယ်တုန်းက ထောင်ထဲဝင်တာလဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

c. ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ဘယ်တုန်းက ထောင်က ထွက်လာတာလဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

d. ဒီပုဂ္ဂိုလ်က စွဲချက်များအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လောလောဆယ် စောင့်မျှော်နေပါသလား။ ဟုတ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ။

2. လွန်ခဲ့သည့်သုံးလအတွင်း ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်းကို ရပ်ခဲ့ပါလား (ကလေးမွေးဖွားခဲ့ခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း) ရှိပါသလား သို့မဟုတ် လက်ရှိတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ ဟုတ်ပါသည်။

ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက မေးခွန်းများ a-d ဖြေဆိုပါ။ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း 3 သို့သွားပါ။

a. ဘယ်သူလဲ။ _____

b. ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း ရပ်သည့်နေ့ ဒါမှမဟုတ် ကိုယ်ဝန်မွေးဖွားရက်က ဘယ်နေ့လဲ။ (mm/dd/yyyy) _____

c. ဤကိုယ်ဝန်တွင် ကလေးမည်မျှ/မျှော်လင့်ထားသနည်း။ _____

d. ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို အမျိုးသမီးများ၊ မွေးကင်းစကလေးများနှင့် ကလေးငယ်များ (WIC) ကို အစားအသောက် ပံ့ပိုးပေးသည့် အစီအစဉ်ကို ရည်ညွှန်းလိုပါသလား။ ဟုတ်ပါသည်။ မဟုတ်ပါ။

3. လျှောက်လွှာထဲမှ တစ်ဦးဦးသည် အမေရိကန် အိန္ဒိယ သို့မဟုတ် အလာစကာဇာတိ ဖြစ်ပါသလား။

ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ C ကိုဖြည့်ပြီး ဤလျှောက်လွှာဖြင့် စာပို့ပါ။ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း 4 သို့သွားပါ။

4. ဤလျှောက်လွှာတွင် ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုကို လျှောက်ထားသူ မည်သူမဆို (ရေချိုးခြင်း၊ အဝတ်လဲခြင်းစသည်ဖြင့်) သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဌာန သို့မဟုတ် ဘိုးဘွားရိပ်သာတွင် နေထိုင်ရန် အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။

ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူလဲ။ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း 5 သို့သွားပါ။

5. ဤလျှောက်လွှာတွင် အကျိုးဝင်ရန် လျှောက်ထားသူသည် မျက်မမြင် သို့မဟုတ် တစ်သက်တာ မသန်စွမ်းဖြစ်နေပါသလား။

ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူလဲ။ _____ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း 6 သို့သွားပါ။

6. ဤလျှောက်လွှာတွင် ကျန်းမာရေးလွှမ်းခြုံမှုအတွက် လျှောက်ထားနေသည့် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို လောလောဆယ်တွင် Medicaid သို့မဟုတ် KCHIP မဟုတ်သော သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်မှုအပါအဝင် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးဝင်မှု ရှိပါသလား။

ဟုတ်ပါသည်။ ဟုတ်ပါက မေးခွန်းများ a-h ဖြေဆိုပါ။ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း 7 သို့သွားပါ။



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

- a. ဘယ်သူလဲ။ _____
- b. အကျိုးဝင်မှု အမျိုးအစား _____
- c. မူဝါဒကိုင်ဆောင်သူအမည် _____
- d. အာမခံကုမ္ပဏီအမည် _____
- e. အာမခံကုမ္ပဏီလိပ်စာ _____
- f. မူဝါဒနံပါတ် _____
- g. အကျိုးဝင်သည့် ရက်စွဲ _____
- h. အကျိုးဝင်မှု အဆုံးသတ်သည့် နေ့စွဲ _____

7. မွေးစားစောင့်ရှောက်မှုနေရာချထားမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် အသက် ကျော်လွန်သောအခါ Medicaid ကို သင်လက်ခံရရှိထားပါသလား။

ဟုတ်ပါသည် ဟုတ်ပါက ဘယ်သူလဲ။ _____

ဘယ်ပြည်နယ်မှာ နေထိုင်ခဲ့လဲ။ အသက်ဘယ်လောက်ရှိပြီလဲ။ _____

မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက အဆင့် 4 သို့သွားပါ။



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

ဝန်ထမ်းနှင့် အလုပ်ရှင် အချက်အလက်

ကျန်းမာရေးပြန်အမ်းငွေအစီအစဉ် (HRA)- HRA အကြောင်း အချက်အလက်များ ကျွန်ုပ်တို့ကို ပေးပါ။

8. ဝန်ထမ်းအမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)			
9. အလုပ်ရှင်အမည်		10. အလုပ်ရှင် မှတ်ပုံတင်နံပါတ် (EIN)	
11. အလုပ်ရှင်လိပ်စာ			
12. မြို့	13. ပြည်နယ်	14. ဇစ်ကုဒ်	
15. အလုပ်ရှင်ကို ဆက်သွယ်ရန် အမည်		16. အလုပ်ရှင်ကို ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ်	
17. ဤအလုပ်ရှင်မှ HRA ကမ်းလှမ်းချက်အားလုံး မည်သူရှိသနည်း။			

- a. ဤအလုပ်ရှင်သည် သင်၏ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သောတစ်စုံတစ်ယောက်အား လောလောဆယ် အကျိုးဝင်အောင် HRA ပံ့ပိုးပေးပါသလား။
- ဟုတ်ပါသည်** ။ ဟုတ်ပါက **HRA ကမ်းလှမ်းခံရသူများ၏ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ (အောက်ပါလူတစ်ဦးစီအတွက် ICHRA သို့မဟုတ် QSEHRA တွင် အကျိုးဝင်နေသည့် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ)**
- တစ်ဦးချင်း အကျိုးဝင်မှု HRA (ICHRA) အရည်အချင်းပြည့်မီသော အသေးစား လုပ်ငန်းရှင် HRA (QSEHRA)
- အမည်-
အမည်-
- မဟုတ်ပါ** ။ **မဟုတ်ပါက** j သို့သွားပါ။

18. ဤအလုပ်ရှင်မှ HRA မည်သူစာရင်းသွင်းထားသနည်း။

- b. ဤအလုပ်ရှင်သည် သင်၏ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သောတစ်စုံတစ်ယောက်အား လောလောဆယ် အကျိုးဝင်အောင် ပံ့ပိုးပေးပါသလား။
- ဟုတ်ပါသည်** ။ ဟုတ်ပါက **HRA ကမ်းလှမ်းခံရသူများ၏ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ (အောက်ပါလူတစ်ဦးစီအတွက် ICHRA သို့မဟုတ် QSEHRA တွင် အကျိုးဝင်နေသည့် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ)**
- တစ်ဦးချင်း အကျိုးဝင်မှု HRA (ICHRA) အရည်အချင်းပြည့်မီသော အသေးစား လုပ်ငန်းရှင် HRA (QSEHRA)
- အမည်-
အမည်-
- မဟုတ်ပါ** ။ **မဟုတ်ပါက** j သို့သွားပါ။

19. ဤအလုပ်ရှင်မှ ပံ့ပိုးပေးသော HRA အကြောင်း ပြောပြပါ။

a. HRA ၏ စတင်သည့်နေ့နှင့် ပြီးဆုံးသည့်ရက်စွဲကား အဘယ်နည်း။

i. HRA စတင်သည့်ရက်စွဲ (mm/dd/yyyy): _____

ii. HRA ကုန်ဆုံးရက်စွဲ (mm/dd/yyyy): _____

b. ဤအလုပ်ရှင်မှ ပေးဆောင်သော တစ်ခုတည်းသော အမြင့်ဆုံးငွေပမာဏမှာ အဘယ်နည်း။ \$ _____

c. ဤပမာဏကို အကြိမ်ရေ မည်မျှရရှိနိုင်မည်နည်း။ အပတ်စဉ် တစ်လ နှစ်ကြိမ် လစဉ်

d. သင့်တွင် ICHRA ကမ်းလှမ်းချက်တစ်ခုရှိပြီး စာရင်းမသွင်းရသေးပါက၊

i. သင်သည် [လက်ရှိရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 60] တွင် HRA ကို အသုံးပြုနိုင်မည်လား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ii. ငွေပေးချေမှုအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက ဤ HRA မှထွက်ရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ



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

အဆင့် 4 ဝင်ငွေနှင့် နှုတ်ယူမှုများ

သင် အလုပ်နှစ်ခုထက် ပိုထည့်လိုပါက နောက်ထပ်စာရွက်များကိုသုံးပါ။

အလုပ် 1 မှ ဝင်ငွေ	1. ဒီဝင်ငွေကို ဘယ်သူရတာလဲ။	2. ဒီပုဂ္ဂိုလ်၏ အလုပ်ရှင်က ဘယ်သူလဲ။
3. (အခွန်မဆောင်မီ) ထိုသူရရှိသည့် စုစုပေါင်းပမာဏမှာ မည်မျှရှိသနည်း။ \$	4. အကြိမ်ရေ။ <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> တစ်လ နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ်	
5. ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိပါက	b. စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ _____	e. အကြိမ်ရေ။ _____
a. အလုပ်အမျိုးအစား _____	c. ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း ကုန်ကျစရိတ်များ _____	
	d. အသားတင်ဝင်ငွေ (စုစုပေါင်း အနှုတ်အသုံးစရိတ်) _____	

အလုပ် 2 မှ ဝင်ငွေ	6. ဒီဝင်ငွေကို ဘယ်သူရတာလဲ။	7. ဒီပုဂ္ဂိုလ်၏ အလုပ်ရှင်က ဘယ်သူလဲ။
8. (အခွန်မဆောင်မီ) ထိုသူရရှိသည့် စုစုပေါင်းပမာဏမှာ မည်မျှရှိသနည်း။ \$	9. အကြိမ်ရေ။ <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> တစ်လ နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ်	
10. ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ရှိပါက	b. စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ _____	e. အကြိမ်ရေ။ _____
a. အလုပ်အမျိုးအစား _____	c. ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း ကုန်ကျစရိတ်များ _____	
	d. အသားတင်ဝင်ငွေ (စုစုပေါင်း အနှုတ်အသုံးစရိတ်) _____	

11. ထပ်ဆောင်း ဝင်ငွေ- ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်နေသော အိမ်ထောင်စုဝင်များ ရရှိနေသည့် ထပ်ဆောင်းဝင်ငွေများအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပါ။ မထည့်သွင်းပါရန် - ကလေးပံ့ပိုးမှု ဝင်ငွေ၊ ဖြည့်စွက်လုံခြုံရေးဝင်ငွေ (SSI)၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ်သမားလျော်ကြေး။ **မရှိပါက ကွက်လပ်ထားပါ။**

ဝင်ငွေအမျိုးအစား	ဘယ်သူက လက်ခံမှာလဲ။	ဘယ်လောက်လဲ။	အကြိမ်ရေ။
<input type="checkbox"/> လူမှုပူဇော်ရေး	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> သုံးလပတ်
<input type="checkbox"/> ပင်စင်လစာ	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> သုံးလပတ်
<input type="checkbox"/> အတိုး သို့မဟုတ် အမြတ်ငွေ	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> သုံးလပတ်
<input type="checkbox"/> မသန်စွမ်းသူများ ငွေပေးချေမှုများ	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> သုံးလပတ်
<input type="checkbox"/> အလုပ်လက်ခံ	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> သုံးလပတ်
<input type="checkbox"/> တခြား _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> သုံးလပတ်

12. အိမ်ထောင်စု နှုတ်ယူမှုများ- သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်များ ပေးဆောင်သည့်အရာများနှင့် ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းတွင် နှုတ်ယူနိုင်သည့်အရာများအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပါ။ ဤအချက်အလက်ကို ပေးခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေး အာမခံ ကုန်ကျစရိတ်ကို ပိုလျော့စေပါသည်။ **မရှိပါက ကွက်လပ်ထားပါ။**

နှုတ်ယူခြင်းအမျိုးအစား	ဘယ်သူလဲ။	ဘယ်လောက်လဲ	အကြိမ်ရေ။
<input type="checkbox"/> အခကြေးငွေပေးဆောင်ခြင်း	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ်
<input type="checkbox"/> ကျောင်းသားချေးငွေအတိုး	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ်
<input type="checkbox"/> တခြား _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ်



သင့်လျှောက်လွှာအတွက် အကူအညီ လိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းတွင် ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ လျှောက်ထားရန် www.kynect.ky.gov သို့ သွားပါ။
 သို့မဟုတ် **1-855-4kynect (459- 6328)** သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)။
 ပြန်လည်ပြင်ဆင်ထားသည့်- 06-2021

13. **နှစ်စဉ်အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ-** အကျုံးဝင်သည့်နှစ်အတွက် သင်၏ ခန့်မှန်းခြေ နှစ်စဉ်အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေက မည်မျှရှိသနည်း (လစဉ်ပြောင်းလဲမှုများ၊ ဘောနပ်စ်များ၊ ရာသီအလိုက် ဝင်ငွေ၊ နှင့် စုစုပေါင်းနုတ်ယူမှုများ အပါအဝင်)။
 \$ _____

အဆင့် 5 ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲထည့်ပါ။

- ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာကို မမှန်မကန်ဖော်ပြမိပါ ပြစ်ဒဏ်ခံရမည် အသိဖြင့် လက်မှတ် ရေးထိုးနေပါသည်- ဆိုလိုသည်မှာ ကျွန်ုပ်သည် ဤဖောင်ပေါ်ရှိ မေးခွန်းများအားလုံးအတွက် စစ်မှန်သော အဖြေများကို ကျွန်ုပ်၏ အသိပညာနှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် အကောင်းဆုံး ပေးထားပါသည်။ မှားယွင်းသောအချက်အလက်များ နှင့်/သို့မဟုတ် မမှန်သောအချက်အလက်များကို ပေးဆောင်ပါက ဖယ်ဒရယ်ဥပဒေအရ ပြစ်ဒဏ်များခံရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်သိပါသည်။
- ပြောင်းလဲမှုအပြီး ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း ဤလျှောက်လွှာတွင် ကျွန်ုပ်ရေးခဲ့သည့်အရာမှ တစ်စုံတစ်ရာ ပြောင်းလဲပါက kynect ကို ပြောပြရမည်ဟု ကျွန်ုပ်သိထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အပြောင်းအလဲများရှိပါက သတင်းပို့ရန် kynect.ky.gov သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုနိုင်သည် သို့မဟုတ် **1-855-4kynect (459-6328)** သို့ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်ပြောင်းလဲမှုသည် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်(များ)အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထိခိုက်စေနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- kynect မှ အမှားလုပ်ထားသည်ဟု ကျွန်ုပ် ထင်ပါက ၎င်း၏ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် အယူခံဝင်နိုင်ပါသည်။ အယူခံဝင်ခြင်းဆိုသည်မှာ လုပ်ရပ်မှားသည်ဟု ကျွန်ုပ်ထင်မြင်ကြောင်း အရပ်ဘက်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးအား ပြောပြပြီး အရေးယူမှုအပေါ် တရားမျှတစွာ ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်သည်။ လုပ်ငန်းစဉ်တွင် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်မဟုတ်သော အခြားသူတစ်ဦးမှ ကိုယ်စားပြုနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် အခြားအရေးကြီးအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်အား ရှင်းပြပါမည်။
- ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ အမျိုးသားဇာတိ၊ လိင်၊ အသက်၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု၊ ကျားမခွဲခြားမှု သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုတို့ကို အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို ခွင့်မပြုကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် www.hhs.gov/ocr/office/file သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုကို တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။
- kynect သည် ပြည်တွင်းအခွန်များဝန်ဆောင်မှု (IRS)၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ အမိမြေလုံခြုံရေးဌာနနှင့်/သို့မဟုတ် အခြားယုံကြည်ရသော အရင်းအမြစ်တစ်ခုခုမှ အချက်အလက်များကို ဒေတာဘေ့စ်များတွင် အသုံးပြု၍ ကျွန်ုပ်၏အဖြေများကို စစ်ဆေးမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်မကိုက်ညီပါက အထောက်အထားပေးပို့ရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

နောင်နှစ်များတွင် အကျုံးဝင်မှု သက်တမ်းတိုးခြင်း- နောင်နှစ်များတွင် ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှုအတွက် ပေးဆောင်ရန် အကူအညီအတွက် ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ပိုမိုလွယ်ကူစေရန်အတွက်၊ အခွန်ပြန်တမ်းများနှင့် အခြားယုံကြည်ရသော ဒေတာအရင်းအမြစ်များမှ အချက်အလက်များအပါအဝင် ဝင်ငွေဒေတာကို kynect အား အသုံးပြုခွင့်ပြုရန် သဘောတူပါသည်။ kynect သည် ကျွန်ုပ်အား သတိပေးချက်တစ်ခု ပေးပို့ပါမည်။ ကျွန်ုပ်အား အပြောင်းအလဲများ ပြုလုပ်ခွင့်ပေးပါမည်။ အချိန်မရွေး ထွက်နိုင်ရန် ခွင့်ပြုထားပါသည်။

ဟုတ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို နောက်တစ်ကြိမ်အတွက် အလိုအလျောက် သက်တမ်းတိုးပါ- (တစ်ခုကို ရွေးပါ)
 5 နှစ် (အများဆုံးခွင့်ပြုသည်) 4 နှစ် 3 နှစ် 2 နှစ် 1 နှစ်
 ကျွန်ုပ်၏ အကျုံးဝင်မှုကို သက်တမ်းတိုးရန် အခွန်ပြန်တမ်း သို့မဟုတ် အခြားဒေတာရင်းမြစ်များမှ အချက်အလက်များကို မသုံးပါနှင့်။

အကျုံးဝင်မှု ရပ်စဲခြင်းဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက်- ကျွန်ုပ်လျှောက်လွှာထဲမှ တစ်ဦးဦး kynect တွင် စာရင်းသွင်းပြီး နောက်ပိုင်းတွင် အခြားသော အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး အကျုံးဝင်မှု (Medicare၊ Medicaid သို့မဟုတ် KCHIP ကဲ့သို့) ရှိသည်ဆိုပါက kynect သည် ကျွန်ုပ်၏ kynect ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အစီအစဉ်နှင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှုကို အလိုအလျောက် အဆုံးသတ်ပါမည်။ အခြားအရည်အချင်းပြည့်မီသော အကျုံးဝင်မှုကို တွေ့ရှိပါက မည်သူမဆို ကုန်ကျစရိတ်အပြည့်ပေးဆောင်ရမည့် kynect ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှုတွင် စာရင်းသွင်းထားမည်မဟုတ်ကြောင်း သေချာစေရန် ၎င်းက ကူညီပေးမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ **ဟုတ်ပါသည်။** ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည် **မဟုတ်ပါ။** ကျွန်ုပ် သဘောမတူပါ။



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

မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိနေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ထားခြင်း မရှိပါက အောက်တွင် ဟုတ်ပါသည် ကို အမှန်ဖြစ်ပြီး မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် ဟုတ်ပါသည် ကို အမှန်ဖြစ်ပါက မဲဆန္ဒရှင်မှတ်ပုံတင်ခြင်းလျှောက်လွှာကို မေးလ်တွင် လက်ခံရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။ အောက်တွင် ဟုတ်ကဲ့ သို့မဟုတ် မဟုတ်ပါ ကိုအမှန်ဖြစ်ခြင်းသည် ဤလျှောက်လွှာ၏ ရလဒ်အပေါ် သက်ရောက်မှုမရှိပါ။

ဟုတ်ပါသည်။ မဲပေးရန်အတွက် စာရင်းသွင်းလိုပါသည်။ လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ်ထံ စာပို့ပါမည်။ **မဟုတ်ပါ။** မဲပေးရန်အတွက် စာရင်းမသွင်းချင်ပါ။

ဤလျှောက်လွှာတွင် မည်သူမဆို Medicaid သို့မဟုတ် KCHIP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက-

- Medicaid သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်အတွက် ပေးဆောင်ပါက၊ အခြားကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် တရားဝင်ဖြေရှင်းပေးချေမှုများသည် ကုန်ကျစရိတ်အတွက် ၎င်းကိုပြန်လည်ပေးဆပ်ရန်အတွက် Medicaid သို့သွားမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို မှန်ကန်စွာဆုံးဖြတ်ကြောင်း သေချာစေရန် ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာကို ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏လျှောက်လွှာကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပါက ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းအတွက် ကျွန်ုပ်ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရပါမည်။
- ဤလျှောက်လွှာပေါ်ရှိ ကလေးတိုင်း အိမ်ပြင်ပတွင်နေထိုင်သော မိဘရှိပါသလား။ ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
- ဟုတ်သည် ဆိုပါက ကျွန်ုပ်သည် ကျန်းမာရေးနှင့် မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများ (CHFS)၊ ကလေးထောက်ပံ့ရေးရုံး၊ ကလေး၏ ပျက်ကွက်နေသော မိဘ(များ)ထံမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့ကို ပြဋ္ဌာန်းပိုင်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ် ပေးပါသည်။ ကလေးထောက်ပံ့ရေးရုံးနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းသည် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးများကို ထိခိုက်နစ်နာစေသည်ဟု ကျွန်ုပ်ထင်ပါက CHFS သို့ ကျွန်ုပ်သည် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရန် မလိုအပ်ပါ။

လက်မှတ်	ရက်စွဲ (mm/dd/yyyy)
---------	---------------------



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

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

**kynect အရင်းအမြစ်လိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်ကို
ဆန္ဒရှိလျှင် ဖြည့်နိုင်ပါသည်**

အောက်ပါတို့သည် ဆန္ဒအလျောက် ရွေးချယ်နိုင်သည့်အပြင် သင်၏ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို သက်ရောက်မှုမရှိသော နောက်ထပ် အရင်းအမြစ်လိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်ဖြစ်သည်။ ဤအကဲဖြတ်ချက်သည် သင့်ကျန်းမာရေးပေါ် သက်ရောက်နိုင်သော သင်နှင့် သင့်မိသားစု၏ အခြားလိုအပ်ချက်များကို ခွဲခြားဖော်ထုတ်ပြီး သိရှိနားလည်ရန်အပြင် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ ရေဖို၊ မီးဖိုများ၊ အစားအစာ၊ ကလေးထိန်းစသည်ကဲ့သို့ အထောက်အကူဖြစ်နိုင်သည့် ရပ်ရွာအရင်းအမြစ်များ/ဝန်ဆောင်မှုများ/ပရိုဂရမ်များနှင့် သင့်အား ချိတ်ဆက်ပေးနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ကူညီပေးပါသည်။ <https://kynect.ky.gov/resources> တွင် သင်၏ kynect အကောင့်သို့ ဝင်ရောက်ခြင်းဖြင့် သင့်ရလဒ်များကို ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်သည် သို့မဟုတ် ရပ်ရွာအရင်းအမြစ်များ/ဝန်ဆောင်မှုများ/အစီအစဉ်များသို့ ညွှန်းဆိုပေးစေရန် 2-1-1 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။

<https://kynect.ky.gov/resources> တွင် မိမိတို့၏ kynect အကောင့်သို့ ဝင်ရောက်ခြင်း သို့မဟုတ် 2-1-1 သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် နောက်ထပ် မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများသည် ၎င်းတို့၏ကိုယ်ပိုင် တစ်ဦးချင်းလိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုကို အပြီးသတ်နိုင်သည်။

သင့်အခြေအနေကို အကောင်းဆုံးဖော်ပြသည့် စာလုံးကို ဝိုင်းပေးပါ-

1. သင့်အိမ်ရာအခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့တွင် အိမ်ရာ အတည်တကျမရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်တို့သည် သူငယ်ချင်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးနှင့်အတူ ယာယီနေထိုင်နေပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တို့သည် လက်ရှိတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ငှားခ/ချေးငွေကို မပေးဆောင်နိုင်ဘဲ နှင်ထုတ်ခံရမည့် အန္တရာယ်တွင် ဖြစ်နေပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ငှားခ/ချေးငွေကို ပေးဆောင်နေသော်လည်း ၎င်းကို မတတ်နိုင်ပါ (ဝင်ငွေ၏ 30% ကျော်ရှိသည်)။
- e. လက်ရှိတွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် အိမ်ငှားခ/ချေးငွေဆိုင်ရာ အကူအညီပေးသည့် အစီအစဉ်ကို အသုံးပြုနေသည်။
- f. ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ငှားခ/ချေးငွေကို အခက်အခဲမရှိ ပေးချေပါသည်။



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

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

2. သင်၏အိမ်ရာ အသုံးအဆောင်များ (ရေ၊ လျှပ်စစ်၊ အပူ) အခြေအနေများကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့တွင် အိမ်ရာမရှိပါ/အိမ်ရာအတွက် ရေ၊ မီးတို့မရှိပါ။
- b. မပေးဆောင်သောကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ ရေ၊ မီးတို့ မကြာခဏ ဖြတ်ခံရလေ့ရှိသည်။
- c. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ရေဖိုး၊ မီးဖိုးများကို ကူညီပေးချေသည့် အစီအစဉ်များကို အသုံးပြုပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်၏ ရေဖိုး၊ မီးဖိုးများ ပေးဆောင်ရာတွင် အခက်အခဲရှိသော်လည်း အများစုကို ပေးချေနိုင်ပါသည်။
- e. ရေ၊ မီးတို့ ဘယ်သောအခါမှ ဖြတ်တောက်မခံရစေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ရေဖိုး၊ မီးဖိုးများကို ပေးချေနိုင်ပါသည်။

3. သင့်လက်ရှိအလုပ်အကိုင်အခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. အလုပ်မရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်တို့တွင် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် ယာယီ၊ ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် အချိန်ပိုင်းအလုပ်ရှိပါသည်။ နောက်ထပ် အလုပ်အကိုင် လိုအပ်ပါသည်။
- c. အကျိုးခံစားခွင့်များမရှိသော သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များရှိသော အချိန်ပြည့်အလုပ် ကျွန်ုပ်တို့တွင် ရှိပါသည်။
(မှတ်ချက်- အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာနှင့် အမြင်အာရုံအာမခံနှင့် အငြိမ်းစားယူခြင်းဆိုင်ရာ ပက်ကေ့ချ်များ ပါဝင်နိုင်ပါသည်)
- d. ကျွန်ုပ်တို့တွင် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် ယာယီ၊ ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် အချိန်ပိုင်းအလုပ်ရှိပါသည်။ အလုပ်အကိုင် ထပ်မံမလိုအပ်ပါ။
- e. ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များပါရှိသော အချိန်ပြည့်အလုပ်ရှိပါသည်။

4. သင့်ဝင်ငွေအခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ဝင်ငွေမရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေသည် ပုံမှန်မရှိပါ။
- c. ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေက ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်လောက်အောင် မလုံလောက်ပါ။
- d. အကူအညီ အစီအစဉ်များ၏ အကူအညီဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ပါသည်။
- e. ကျွန်ုပ်သည် အကူအညီမပါဘဲ ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်ပါသည်။
- f. ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေသည် ကျွန်ုပ်၏လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးပြီး ကောင်းမွန်စွာ စီမံခန့်ခွဲထား၍ ကျွန်ုပ်သည် ချွေတာနိုင်ပါသည်။



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

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

5. သင့်အစားအစာအခြေအနေများကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်သည် အစားအစာကို ရယူ၍ မရနိုင်ပါ။
- b. အစားအစာကို ရရှိနိုင်သော်လည်း အစားအသောက်ပြင်ဆင်ရန် နေရာ သို့မဟုတ် အချိန်မရှိပါ။
- c. ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုသည် SNAP (အစားအသောက် ကူပွန်များ) သို့မဟုတ် အခြားအစားအစာ အကူအညီများကဲ့သို့သော အစားအစာအတွက် အကူအညီကို ရရှိပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံ အစားအစာ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော်လည်း စာနပ်ရိက္ခာအခမဲ့ရယူရန်နေရာကဲ့သို့ အကူအညီကို ရံဖန်ရံခါ လိုအပ်ပါသည်။
- e. ကျွန်ုပ်သည် အကူအညီမပါဘဲ အခြေခံ အစားအစာ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်ပါသည်။
- f. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစု နှစ်သက်ရာအစားအစာကို ရွေးချယ်ဝယ်ယူနိုင်ပါသည်။

6. သင့်ကလေးအား စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်မှုအခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်သည် ကလေးထိန်းလိုအပ်သော်လည်း ယခုအချိန်တွင် ကလေးထိန်းခကို မတတ်နိုင်ပါ။
- b. ကျွန်ုပ်သည် ကလေးထိန်းခကို တတ်နိုင်သော်လည်း ကလေးထိန်း ရွေးချယ်စရာများသည် စိတ်မချရပါ သို့မဟုတ် လက်လှမ်းမမီပါ။
- c. ရင်းနှီးသည့်သူငယ်ချင်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးက ကလေးထိန်းပေးသည်။
- d. ကျွန်ုပ်၏ နှစ်သက်ရာ အရည်အသွေးကောင်းမွန်သော ကလေးထိန်းကို ကျွန်ုပ်ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။
- e. ယခုအချိန်တွင် ကလေးထိန်း မလိုအပ်ပါ။

7. သင့်ပညာရေးအဆင့်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တွင် အထက်တန်းကျောင်း ဒီပလိုမာ/GED မရှိပါ သို့မဟုတ် စာဖတ်၊ စာရေးရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်တွင် အထက်တန်းကျောင်း ဒီပလိုမာ/GED ရှိသော်လည်း ဘာသာစကားသည် အတားအဆီးတစ်ခုဖြစ်သည်။
- c. ကျွန်ုပ်တွင် အထက်တန်းကျောင်း ဒီပလိုမာ/GED ရှိသော်လည်း ကျွန်ုပ်၏အလုပ်အခြေအေ တိုးတက်စေရန်အတွက် ထပ်ဆောင်း ပညာရေး/သင်တန်းကို လိုအပ်ပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်သည် အလုပ်အကိုင်အတွက် လိုအပ်သည့် ပညာရေး/သင်တန်းကို ပြီးမြောက်ပြီးဖြစ်သည်။
- e. ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိတွင် အထက်တန်းကျောင်း သို့မဟုတ် ပညာရေးကျောင်း/သင်တန်းကျောင်း တက်ရောက်နေပါသည်။



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

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

8. သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အကျိုးဝင်သည့်အာမခံကို မည်သည့်အရာဖြင့်
အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှု မရှိသည့်အပြင် အာမခံဝန်ဆောင်မှုကို တတ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံး လိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှု မရှိသည့်အပြင် အာမခံဝန်ဆောင်မှုကို ချက်ချင်း မလိုအပ်ပါ။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အချို့ (ကလေးများကဲ့သို့) တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှုရှိသော်လည်း ၎င်းအား အသုံးပြုပုံကို သိရှိနားလည်ရန်အတွက် အကူအညီရယူလိုပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အချို့ (ကလေးများကဲ့သို့) တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှုရှိပြီး ၎င်းအား အသုံးပြုပုံကို ကျွန်ုပ်တို့ သိရှိနားလည်ပါသည်။
- e. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးသည် ဈေးသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် အကျိုးဝင်သော်လည်း ၎င်းအားအသုံးပြုပုံကို သိရှိနားလည်ရန်အတွက် အကူအညီရယူလိုပါသည်။
- f. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးသည် ဈေးသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် အကျိုးဝင်ပြီး ၎င်းအား အသုံးပြုပုံကို ကျွန်ုပ်တို့ သိရှိနားလည်ပါသည်။

9. သင့် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး အခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့ သွားရေး လာရေးအတွက် အသုံးပြုနိုင်သည့်ယာဉ်များ မရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်တို့ ကားတစ်စီးရှိသော်လည်း မမောင်းနိုင်ပါ သို့မဟုတ် မမောင်းရဲပါ။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ အများသုံးသယ်ယူပို့ဆောင်ရေး သို့မဟုတ် စက်ဘီးကို အသုံးပြုသော်လည်း အဆင်မပြေပါ သို့မဟုတ် အကန့်အသတ်ရှိပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တို့ သွားရေး လာရေးအတွက် အကူအညီ မလိုအပ်ပါ။

10. စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသလား။

- a. ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် အကူအညီ လိုအပ်နေပါသည်။
- b. မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် အကူအညီ မလိုအပ်ပါ။

11. မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသလား။

- a. ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်နေပါသည်။
- b. မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ မလိုအပ်ပါ။



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

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

12. အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသလား။

- a. ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်သည် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်နေပါသည်။
- b. မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်သည် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ မလိုအပ်ပါ။

13. သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့်/သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူကို ပြုစုစောင့်ရှောက်ရန်အတွက် သင့်အခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်၏ အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က စောင့်ရှောက်ထားသောသူတစ်ယောက်အတွက် အကူအညီ ချက်ချင်းလိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က စောင့်ရှောက်ထားသောသူတစ်ယောက်သည် အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကြောင့် စောင့်ရှောက်မှုပေးသော အကူအညီကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်သည် သက်ကြီးရွယ်အို/မသန်စွမ်းအတွက် စောင့်ရှောက်မှုပေးသော အကူအညီ မလိုအပ်ပါ။

14. သင့်ကလေးများ၏ ကျောင်းအတွေ့အကြုံကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တွင် ကျောင်းမအပ်ရသေးသော ကျောင်းနေအရွယ် ကလေးတစ်ဦးနှင့်အထက် ရှိပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်၏ ကလေး သို့မဟုတ် ကလေးများကို ကျောင်းအပ်ထားသော်လည်း အချို့အချိန်များကိုသာ တက်ရောက်ကြသည်။
- c. ကျွန်ုပ်၏ ကလေး သို့မဟုတ် ကလေးများကို ကျောင်းအပ်ထားပြီး အချိန်အများစု သို့မဟုတ် အချိန်တိုင်း အတန်းတက်နေပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တွင် ကျောင်းနေအရွယ် ကလေးများမရှိပါ။

15. သင်၏အခြေခံလိုအပ်ချက်များကို နေ့စဉ်ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော သင်၏စွမ်းရည်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. အစားအစာ၊ အဝတ်အစား သို့မဟုတ် ပုံမှန်ရေချိုးရန်နေရာကဲ့သို့သော အခြေခံလိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်စွမ်း ကျွန်ုပ်တွင် မရှိပါ။
- b. အနည်းငယ် ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံလိုအပ်ချက်အားလုံးတော့ မဟုတ်ပါ။
- c. ကျွန်ုပ်သည် အများစုကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော်လည်း အခြေခံလိုအပ်ချက်အားလုံးကိုတော့ မဟုတ်ပါ။
- d. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံလိုအပ်ချက်အားလုံးကို နေ့စဉ်ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ပါသည်။



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

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

16. သင့်လူမှုဆက်သွယ်ရေးများနှင့် ခင်မင်ရင်းနှီးမှုများကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်သည် အထီးကျန်နေပြီး/သို့မဟုတ် လူများနှင့် မဆက်ဆံလိုပါ။
- b. ကျွန်ုပ်သည် မိသားစု သို့မဟုတ် အဖွဲ့များတွင် ပိုမိုပါဝင်လိုသော်လည်း အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးကူညီမှုများ ပို၍လိုအပ်ပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ ခိုင်မာသော မိသားစု/လူမှုရေးပံ့ပိုးမှုများရှိပြီး/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ရပ်ရွာအသိုင်းအဝိုင်း သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးကူညီရေးအဖွဲ့များတွင် တက်ကြွစွာပါဝင်နေပါသည်။

17. တရားရေးရာ ပံ့ပိုးကူညီမှုအတွက် သင့်လိုအပ်ချက်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့ အကောင်အထည်မဖော်ရသေးသော ဝရမ်း(များ) ရှိနေသည် သို့မဟုတ် မပြီးပြတ်သေးသည့် စွဲချက်များ ရှိနေပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်သည် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် စည်းကမ်းများကို အပြည့်အဝလိုက်နာပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ ကြီးလေးသော ပြစ်မှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းမရှိပါ သို့မဟုတ် 12 လကျော်အတွင်း ပြစ်မှုဆိုင်ရာ တရားစီရင်ရေးတွင် ပါဝင်ပတ်သက်မှု မရှိခဲ့ပါ။

18. သင်၏ မိဘအုပ်ထိန်းမှုစွမ်းရည်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်၏ မိဘအုပ်ထိန်းမှုစွမ်းရည်ကို မြှင့်တင်ရန် အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်၏ မိဘအုပ်ထိန်းမှုစွမ်းရည်သည် လုံလောက်သည် သို့မဟုတ် ကောင်းမွန်ပြည့်စုံသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ ကလေးများမရှိပါ။



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