

ပတ်ဝန်းကျင် မွှမ်းမဲပြင်ဆင်ခြင်း (Environmental Modification၊ EMod)၊ မော်တော်ယာဉ် မွှမ်းမဲပြင်ဆင်ခြင်း (Vehicle Modification၊ VMod) နှင့် လိုက်လျောညီထွေ ပြုပြင်နိုင်သော အထောက်အကူပြု နည်းပညာ (Adaptive and Assistive Technology၊ AAT) ဆိုင်ရာ ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သူ/မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက်

ညွှန်ကြားချက်များ- အောက်ပါအချက်အလက်များကို သုံးသပ်ကြည့်ရှုပြီး လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သူ/မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူတစ်ဦးအနေဖြင့် သင်သည် သဘောတူညီကြောင်း ပြသရန်အလို့ငှာ အချက်တစ်ခုစီတွင် လက်မှတ်တိုးထိုးကာ အပိုင်း I ၏ အခန်းတွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ဖော်ပြပါအချက်များအားလုံးကို သဘောတူညီရပါမည်။ အပိုင်း I ကို အပြီးသတ်၍ လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက်တွင် ပရောဂျက်အတိုင်းအတာကို ပြောင်းလဲရန် လိုအပ်မှသာ အပိုင်း II ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

အပိုင်း 1-

ပါဝင်သူ၏ အမည်-		မွေးသက္ကရာဇ်-		CIN#-	
ပရောဂျက်အမျိုးအစား (တစ်ခုကို အမှတ်ခြစ်ပါ)-	☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT	ပရောဂျက်နံပါတ်-			

- _____ ဤသဘောတူညီချက်နှင့် တွဲလျက်ပါရှိသော _____ ရက်စွဲပါ အက်ဖြတ်ခြင်းစာလွှာတွင် အကြမ်းဖျင်းဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အဆိုပြုထားသည်များ _____ (ရေချိုးခန်း၊ ဆင်ခြေလျှောလမ်း၊ မော်တော်ယာဉ်အတွင်းရှိ ဦးချအထိန်းစနစ် အစရှိသည်) ကို လက်ခံရယူရန် သဘောတူပါသည်။
- _____ EMod၊ VMod သို့မဟုတ် AAT ဆိုင်ရာ ပါဝင်သူ/မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ အချက်အလက်စာရွက် မိတ္တူကို လက်ခံရရှိပြီးဖြစ်ကာ ဖတ်ရှုထားပါသည်။
- _____ မော်တော်ယာဉ်၏ လက်ရှိအခြေအနေ သို့မဟုတ် ပြုပြင်မွှမ်းမဲထားသော ဖွဲ့စည်းပုံဧရိယာကို ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းရန် သဘောတူညီသည့်အပြင် ဖော်ပြထားသည့် ပရောဂျက်အတိုင်းအတာကို သဘောတူညီပြီးနောက် ပရောဂျက်အပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည့် ပြောင်းလဲမှုများကို လုပ်ဆောင်မည်မဟုတ်ပါ။
- _____ ပြောင်းလဲမှုများ ပြုလုပ်ရန် သို့မဟုတ် ပရောဂျက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများကို ကန့်သတ်ချက်/ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် တိုက်ရိုက် ဖြေရှင်းရန် ကျွန်ုပ်အား ခွင့်မပြုကြောင်း သို့မဟုတ် အခွင့်အာဏာပေးအပ်ထားခြင်းမရှိကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ပြောင်းလဲမှုများ ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး မန်နေဂျာထံ အကြောင်းကြားပါမည်။
- _____ EMod၊ VMod သို့မဟုတ် AAT အတိုင်းအတာကို ပြင်ဆင်ရန် တစ်ကြိမ်တောင်းဆိုခွင့်ရှိကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ တစ်ကြိမ်ထက်ပို၍ ပြင်ဆင်ရန် တောင်းဆိုပါက ထပ်လောင်းပြင်ဆင်မှုများကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားမည်မဟုတ်သည့်အပြင် ပရောဂျက်ကို ငြင်းဆို၍ ရပ်စဲနိုင်ပါသည်။
- _____ EMod၊ VMod သို့မဟုတ် AAT အား ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းခြင်းနှင့် ပြုပြင်ခြင်းများအတွက် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိကြောင်းနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော အဆင့်မြှင့်တင်မှုများ/ပြုပြင်မှုများကို နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန (New York State Department of Health) ၏ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ကိစ္စတစ်ခုချင်းအလိုက်သာ ရရှိနိုင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- _____ ဤ EMod၊ VMod သို့မဟုတ် AAT ကို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်သောကြောင့် ပေးအပ်ထားခြင်းဖြစ်ပြီး အဆိုပါလိုအပ်ချက်နှင့် ပြည့်မီစေရန်အတွက် ကုန်ကျစရိတ်ထိရောက်သက်သာမှုအရှိဆုံး ရွေးချယ်မှုကို ရွေးချယ်ထားခြင်းဖြစ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ပစ္စည်းကိရိယာများတွင် အဆင့်မြှင့်တင်မှုတစ်ခုတစ်ရာ ပြုလုပ်ရန် ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုပါက ပစ္စည်းကိရိယာများ၊ အလုပ်သမားများ အစရှိသည်တို့ အပါအဝင် ဆက်စပ်ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ကျွန်ုပ်တွင်သာ တာဝန်ရှိပါသည်။ လိုအပ်ပါက အဆင့်မြှင့်တင်ရန် တောင်းဆိုမှုများဆိုင်ရာ ငွေပေးချေမှုအတွက် ရောင်းချသူနှင့် သီးခြားငွေပေးချေမှု သဘောတူစာချုပ် တစ်ခုကို စီစဉ်ရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏တာဝန် ဖြစ်ပါသည်။ ရွေးချယ်ထားသော ရောင်းချသူနှင့် ကျွန်ုပ်ကြားတွင် ချုပ်ဆိုသော ပရောဂျက်အဆင့်မြှင့်တင်ခြင်းဆိုင်ရာ သီးခြား ငွေပေးချေမှု သဘောတူစာချုပ်တစ်ခုတစ်ရာသည် ငွေရေးကြေးရေး စီမံခန့်ခွဲခြင်း ဝန်ဆောင်မှု (Financial Management Service, FMS) က ရောင်းချသူထံ အချိန်မီ ငွေပေးချေမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုမရှိပါ သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid ထံ အဆိုပြုလွှာ တင်သွင်းမည်မဟုတ်ပါ။
- _____ အာမခံများ (ရုံပါက) ၏ မိတ္တူကို ထိန်းသိမ်းထားရန်၊ ပါဝင်သော အကြောင်းအရာများနှင့် ရင်းနှီးကျွမ်းဝင်မှုရှိရန်နှင့် သတ်မှတ်ချက်များကို လိုက်နာရန် လိုအပ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- _____ သင့်လျော်ပါက ပြုပြင်မွှမ်းမဲခြင်းဆိုင်ရာ အစားထိုးအာမခံ ပါဝင်စေရန်အလို့ငှာ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ပိုင်ရှင် သို့မဟုတ် ကားပိုင်ရှင်၏အာမခံကို အဆင့်မြှင့်တင်ရန် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- _____ EMod၊ VMod သို့မဟုတ် AAT အား အကောင်အထည်ဖော်နေစဉ် သို့မဟုတ် စီမံဆောင်ရွက်နေစဉ်အချိန်အတွင်း ပါဝင်သူ၏ အခြေအနေများသည် ပြောင်းလဲသွားနိုင်ကြောင်း (ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး ဂေဟာတွင် တက်ရောက်နေထိုင်ခြင်း၊ လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆုံးရှုံးခြင်း၊ သေဆုံးခြင်း အစရှိသည်)၊ ပရောဂျက်ကို ရပ်တန့်နိုင်ကြောင်း သို့မဟုတ် ရပ်စဲနိုင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- _____ ပြုလုပ်ထားသော ပတ်ဝန်းကျင် မွှမ်းမဲပြင်ဆင်မှုကို ဖယ်ရှားရန် နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနတွင်ဖြစ်စေ ငွေရေးကြေးရေး စီမံခန့်ခွဲခြင်း ဝန်ဆောင်မှု (FMS) တွင်ဖြစ်စေ တာဝန်မရှိကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- _____ ပြုပြင်မွှမ်းမဲမှု၏လက်ခံအဖြစ် ပါဝင်သူ၏နေအိမ် သို့မဟုတ် မော်တော်ယာဉ်၌ ဖြစ်ပွားသော ပျက်စီးမှုအတွက် နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနတွင်ဖြစ်စေ ငွေရေးကြေးရေး စီမံခန့်ခွဲခြင်း ဝန်ဆောင်မှု (FMS) တွင်ဖြစ်စေ ငွေရေးကြေးရေးပိုင်းဆိုင်ရာ တာဝန်မရှိကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

ပါဝင်သူ၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပီသစွာ ရေးရန်)	ပါဝင်သူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပီသစွာ ရေးရန်)	မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
အိမ်/မော်တော်ယာဉ်ပိုင်ရှင်၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပီသစွာ ရေးရန်) (အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည်နှင့် ကွဲလွဲပါက)	အိမ်/မော်တော်ယာဉ်ပိုင်ရှင်၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
ပါဝင်သူ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အဖွဲ့		
HHCM/C-YES ၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပီသစွာ ရေးရန်)	HHCM/C-YES ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ

အပိုင်း 2- ပရောဂျက်အတိုင်းအတာတွင် အပြောင်းအလဲရှိမှုသာ

အထက်ပါ အပိုင်း ၁ ကို အပြီးသတ်၍ လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက် ပရောဂျက်အတိုင်းအတာတွင် အပြောင်းအလဲပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သူ/မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူတစ်ဦးအနေဖြင့် ပြင်ဆင်သော အတိုင်းအတာကို သဘောတူညီကြောင်း ပြသရန်အတွက် အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး လက်မှတ်ထိုးရပါမည်။ EMod၊ VMod သို့မဟုတ် AAT အတိုင်းအတာကို ပြင်ဆင်ရန် တစ်ကြိမ်တောင်းဆိုခွင့်ရှိကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ပြင်ဆင်ရန် တစ်ကြိမ်ထက်ပို၍ တောင်းဆိုပါက ပရောဂျက်တောင်းဆိုမှုကို ငြင်းဆိုပြီး ရပ်စဲမည်ဖြစ်သည်။

ပရောဂျက်အမျိုးအစား (တစ်ခုကို အမှတ်ခြစ်ပါ)- ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT

_____ ဤသဘောတူညီချက်နှင့် တွဲလျက်ပါရှိသော _____ ရက်စွဲပါ ပြင်ဆင်ထားသည့် အကဲဖြတ်ခြင်းစာလွှာတွင် အကြမ်းဖျင်းဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အဆိုပြုထားသည်များ
_____ (ရေချိုးခန်း၊ ဆင်ခြေလျှောလမ်း၊ မော်တော်ယာဉ်အတွင်းရှိ ခိုးချွေအထိန်းစနစ် အစရှိသည်) ကို လက်ခံရယူရန် သဘောတူပါသည်။

ပါဝင်သူ၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပိသစွာ ရေးရန်)	ပါဝင်သူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပိသစွာ ရေးရန်)	မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
HHCM/C-YES ၏ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့် ရှင်းလင်းပိသစွာ ရေးရန်)	HHCM/C-YES ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ