

ရင်းစားရငွေလျှောက်လွှာ (Application For Reimbursement)

သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

(Living Donor Support Program)

ရင်းစားရငွေ တောင်းဆိုချိန်တိုင်းတွင် ရင်းစားရငွေ လျှောက်လွှာဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ပြီး တောင်းဆိုထားသော ရင်းစားရငွေ(များ) အမျိုးအစားများ အတွက် သက်ဆိုင်ရာဖောင်များကို ပူးတွဲပေးပို့ပါ။

သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ၏ ပထမ အမည်စာလုံး	နောက်ဆုံး အမည်စာလုံး	မွေးသက္ကရာဇ်

အစားထိုးကုသရေးစင်တာ- _____

လျှောက်ထားသူနံပါတ် (သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အတည်ပြုချိန်တွင် ပေးထားသည်)- _____

ဤရင်းစားရငွေလျှောက်လွှာသည် သက်ရှိထင်ရှား လှူဒါန်းရေးလုပ်ငန်း၏ မည်သည့်အဆင့်အတွက် ဖြစ်သနည်း။

(သင့်တောင်းဆိုချက်နှင့်ကိုက်ညီလျှင် အဆင့်တစ်ခုထက်ပို၍ ရွေးချယ်ပါ)

- အကဲဖြတ်ခြင်း/ခွဲစိတ်မှုမတိုင်မီ
- ခွဲစိတ်မှု/နာလန်ထူမှု
ခွဲစိတ်မှုရက်စွဲ- _____
- နောက်ဆက်တွဲအဆင့်
ချိန်းဆိုပြသမှု ရက်စွဲ(များ) (လ/ရက်/နှစ်)- _____

ဤအဆင့်တွင် ရင်းစားငွေအတွက် လျှောက်ထားသောအခါ သင်၏ အကဲဖြတ်ခြင်းရလဒ်ကို ဖော်ပြပေးပါ (သိရှိလျှင်)-

- အစားထိုးကုသရေးစင်တာသည် ခွဲစိတ်မှုဆက်လုပ်ရန် ကျွန်ုပ်အား ခွင့်ပြုလိုက်သည်
- အစားထိုးကုသရေးစင်တာသည် ခွဲစိတ်မှုဆက်လုပ်ရန် ကျွန်ုပ်အား ခွင့်မပြုခဲ့ပါ
- အခြား၊ ရှင်းပြပေးပါ- _____

သင်၏ အသုံးစရိတ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပေးပါ။ အလုံးစုံသုံးသပ်မှုပြီးမြောက်ရန် ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ အသေးစိတ် ပြေစာများနှင့် အစားထိုးကုသရေးစင်တာမှ ချိန်းဆိုပြသမှု(များ) စိစစ်အတည်ပြုခြင်းတို့ကို လိုအပ်သည်။

ဤရသင့်ငွေတောင်းဆိုချက်တွင် မည်သည့်အသုံးစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေ တောင်းခံပါသနည်း။

(သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို အမှတ်ခြစ်ပါ)

- မှီခိုသူပြုစုစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေ
- ရင်းစားငွေပြန်မရမည့် ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဝါး
- ပံ့ပိုးကူညီသူအတွက် ရင်းစားငွေ
- ဆုံးရှုံးသွားသော လုပ်အားခများ သို့မဟုတ် အလုပ်ပျက်ချိန် ကုန်ကျစရိတ်
- ကိုယ်တိုင်အတွက် ခရီးသွားခြင်း/တည်းခိုခြင်း အသုံးစရိတ်များ အတွက် ရင်းစားငွေ

ဤတစ်ကြိမ်တွင် သင် တောင်းခံသော အသုံးစရိတ်များနှင့် မသက်ဆိုင်သည့် ရင်းစားငွေ ကဏ္ဍအမျိုးအစားများကို ကျော်သွားပေးပါ။

OFFICE USE ONLY

Application #:	Applicant #:
-----------------------	---------------------

ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှု

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းမှု လုပ်ငန်းစဉ်ကြောင့် သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပေးနေကျဖြစ်သော ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို ၎င်း၏ ကလေး(များ)အား မပေးနိုင်သောအခါ သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေး ပရိုဂရမ်သည် ယင်းပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးရန် တစ်စုံတစ်ဦးအား ငွေပေး၍ငှားရမ်းခြင်းကြောင့် လူဒါန်းသူ ကျသင့်ခံခဲ့ရသော ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေပြန်ပေးသည်။ သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ် မစတင်မီကတည်းက အခြားသူများက ပေးထားသော ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အသုံးစရိတ်များကို ရင်းစားငွေ ပြန်မပေးပါ။ တိတိကျကျ သတ်မှတ်ထားသော မသန်စွမ်းကလေး၊ အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူနှင့် သက်ကြီးရွယ်အို ပြုစောင့်ရှောက်မှုဖောင်ရှိသည်၊ ၎င်းနှုန်းထားများနှင့် ရင်းစားငွေသည် ကွဲလွဲနိုင်သည်။ သင်က သင့်လျော်မှန်ကန်သော ဖောင်ကို ရွေးချယ်ကြောင်း သေချာပါစေ။

**နယူးယောက်ပြည်နယ်-သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေး ပရိုဂရမ်
ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှု ရင်းစားငွေဖောင်**

ပြုစောင့်ရှောက်မှု ခံယူနေရသူ(များ)၏ အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်
မှီခိုသူ ပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ(များ)၏ အမည်	ကလေး(များ)နှင့် စောင့်ရှောက်ပေးသူ၏ တော်စပ်ပုံ

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေး ပရိုဂရမ်သည် ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရင်းစားငွေ အများဆုံးနှုန်းထားများကို သတ်မှတ်ထားသည်။ ကလေးတစ်ဦးထက်ပို၍ ပြုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရင်းစားငွေသည် "အသက် 2 နှစ်အောက်ကလေး အမျိုးအစား (Under 2 category)" နှင့်ညီမျှသော နှုန်းထားအတိုင်း ဖြစ်မည်။

ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်) နှင့် ယင်းနေ့အတွက် ပေးအပ်ခဲ့သော ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှု ကြာချိန်နာရီတို့ကို ဖော်ပြပေးပါ-

တနင်္ဂနွေ	တနင်္လာ	အင်္ဂါ	ဗုဒ္ဓဟူး	ကြာသပတေး	သောကြာ	စနေ
ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-
နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-
နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

တနင်္ဂနွေ	တနင်္လာ	အင်္ဂါ	ဗုဒ္ဓဟူး	ကြာသပတေး	သောကြာ	စနေ
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-

အောက်ပါတို့ထုတ်ပြန်ချက်များကို ဖတ်ရှုပြီးနောက် သင်၏ သတ်မှတ်ထားသော အပိုင်းတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ပါ

ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူရန် ကျွန်ုပ်အား မှီခိုနေရသော အနည်းဆုံး မှီခိုသူကလေးတစ်ဦး ကျွန်ုပ်တို့၏ ရှိကြောင်းနှင့် သက်ရှိထင်ရှား လှူဒါန်းမှု လုပ်ငန်းစဉ်ကြောင့် ကျွန်ုပ် ပေးရလေ့မရှိသော ကလေးပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှု ရှိလာမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အခိုင်အမာ သက်သေခံပါသည်။ သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်၏ ကျွန်ုပ်အပေါ်တောင်း ဆိုလိုလားချက်များကြောင့် ကျွန်ုပ်အား မှီခိုနေသူများ လိုအပ်လာသော ထပ်တိုးပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက်သာ ငွေပေးချေမည်ဖြစ်ကြောင်း၊ ကျွန်ုပ် အလုပ်လုပ်နေစဉ်ကာလအတွက် လက်ခံရယူထားပြီးဖြစ်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမည် မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

ဤဖောင်တွင်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်တိကျကြောင်းနှင့် မှတ်တမ်းတင်ထားသော ရက်စွဲများနှင့် နာရီများအတွက် ကလေးပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ဆောင်ရွက်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ် အခိုင်အမာသက်သေခံပါသည်။

စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်

အထက်ပါတို့သည် တရားမျှတကြောင်း၊ အမှန်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်တိကျကြောင်း၊ ရသင့်ငွေ တောင်းခံထားသော ပမာဏများမှာ သက်ရှိ ထင်ရှားလှူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း လိုအပ်ခဲ့ပြီး ကျသင့်ခံခဲ့ရသည်များဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် ဤနေရာမှ ထောက်ခံအပ်ပါသည်။

လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

မှီခိုသူပြုစောင့်ရှောက်မှု (မသန်စွမ်းကလေး၊ အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အို ပြုစောင့်ရှောက်မှု)

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူက ပုံမှန် ဆောင်ရွက်နေသော၊ သက်ရှိထင်ရှား လူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်ကြောင့် လူဒါန်းသူက မဆောင်ရွက်နိုင်တော့သော်လည်း ဆက်လက်လိုအပ်နေသေးသော မှီခိုသူပြုစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေကို သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်က ပြန်ပေးနိုင်သည်။ ဤတွင် ယခင်ကတည်းက ရှိနှင့်ပြီးသား မှီခိုသူပြုစောင့်ရှောက်မှု မပါဝင်ပါ။ တိတိကျကျသတ်မှတ်ထားသော ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှုဖောင် ရှိပြီး ၎င်းနှုန်းထားများနှင့် ရင်းစားငွေသည် ကွဲလွဲနိုင်သည်။ သင်က သင့်လျော်မှန်ကန်သော ဖောင်ကို ရွေးချယ်ကြောင်း သေချာပါစေ။

**နယူးယောက်ပြည်နယ်-သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်
မသန်စွမ်းကလေး၊ အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အို ပြုစောင့်ရှောက်မှု ရင်းစားရငွေဖောင်**

ပြုစောင့်ရှောက်မှု ခံယူနေရသူ(များ)၏ အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်
မှီခိုသူ ပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ(များ)၏ အမည်	ကလေး(များ)နှင့် စောင့်ရှောက်ပေးသူ၏ တော်စပ်ပုံ

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် မသန်စွမ်းကလေး၊ အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူ နှင့်/သို့မဟုတ် သက်ကြီးရွယ်အို ပြုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရင်းစားငွေ အများဆုံးနှုန်းထားများကို သတ်မှတ်ထားသည်။

ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်) နှင့် ယင်းနေ့အတွက် ပေးအပ်ခဲ့သော အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူ/သက်ကြီးရွယ်အို ပြုစောင့်ရှောက်မှု ကြာချိန်နာရီတို့ကို ဖော်ပြပေးပါ-

တနင်္ဂနွေ	တနင်္လာ	အင်္ဂါ	ဗုဒ္ဓဟူး	ကြာသပတေး	သောကြာ	စနေ
ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-
နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-	ရက်စွဲ-
နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-	နာရီ အရေအတွက်-

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

တနင်္ဂနွေ	တနင်္လာ	အင်္ဂါ	ဗုဒ္ဓဟူး	ကြာသပတေး	သောကြာ	စနေ
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-

မသန်စွမ်းကလေး သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူအတွက် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုရင်းစားငွေ လျှောက်ထားလျှင် ဆေးစစ်တမ်းများနှင့် စာရွက်စာတမ်းများ ထုတ်ပြန်ရန် မှန်ကန်သင့်လျော်သော သတ်မှတ်အရည်အချင်းများရှိသူက ပေးအပ်ထားသည့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆေးစစ်တမ်းဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများ ထည့်သွင်းပေးပါ။

အောက်ပါထုတ်ပြန်ချက်များကို ဖတ်ရှုပြီးနောက် သင်၏ သတ်မှတ်ထားသော အပိုင်းတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ပါ

ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူရန် ကျွန်ုပ်အား မှီခိုနေရသော အနည်းဆုံး အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူ သို့မဟုတ် သက်ကြီးရွယ်အိုတစ်ဦး ကျွန်ုပ်တွင် ရှိကြောင်းနှင့် သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်ကြောင့် ကျွန်ုပ် ပေးရလေ့မရှိသော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှု ရှိလာမည် ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အခိုင်အမာသက်သေခံပါသည်။ သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် ကျွန်ုပ်အလုပ်လုပ်နေစဉ်ကာလ အတွက် လက်ခံရယူထားပြီးဖြစ်သော မှီခိုသူပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

ဤဖောင်တွင်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်တိကျကြောင်းနှင့် မှတ်တမ်းတင်ထားသော ရက်စွဲများနှင့် နာရီများအတွက် အရွယ်ရောက်ပြီးမှီခိုသူ/သက်ကြီးရွယ်အို ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ဆောင်ရွက်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ် အခိုင်အမာသက်သေခံပါသည်။

စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်

အထက်ပါတို့သည် တရားမျှတကြောင်း၊ အမှန်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်တိကျကြောင်း၊ ရသင့်ငွေ တောင်းခံထားသော ပမာဏများမှာ သက်ရှိထင်ရှားလှူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း လိုအပ်ခဲ့ပြီး ကျသင့်ခံခဲ့ရသည်များဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် ဤနေရာမှ ထောက်ခံအပ်ပါသည်။

လက်မှတ်-

ရက်စွဲ-

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူ ခရီးသွားအသုံးစရိတ်များ (တည်းခိုခြင်း၊ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ အစားအစာများ)

ခရီးသွားအသုံးစရိတ်များအတွက် သင့်တင့်မျှတသော ရင်းစားငွေကို သတ်မှတ်ရာတွင် အမေရိကန်ပြန်ထောင်စု အထွေထွေဝန်ဆောင်မှုများ စီမံအုပ်ချုပ်ရေး (U.S. General Services Administration, GSA) နှုန်းထားများကို အသုံးပြုပါသည်။ ကိုယ်အင်္ဂါလူဒါန်းမှု ပြုလုပ်သော ဒေသနှင့် ခုနှစ်အတွက် GSA နှုန်းထားနှင့်အညီ ရင်းစားငွေကို ထောက်ပံ့ပေးအပ်မည်။ GSA နှုန်းထားသည် ပရိုဂရမ်က ရင်းစားငွေပြန်ပေးနိုင်သော အများဆုံးပမာဏ ဖြစ်ကြောင်း မှတ်သားထားပေးပါ။ သို့သော် ပြေစာများတွင် GSA နှုန်းထားအောက် လျော့နည်းသော ကုန်ကျစရိတ်များကို ဖော်ပြထားပါက လူဒါန်းသူသည် ယင်းပမာဏကို ပြန်ပေးရမည်။ တည်းခိုခြင်း၊ အစားအစာများနှင့် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးတို့အတွက် သီးခြားအပိုင်းများ ရှိပါသည်။ လက်ရှိ GSA နှုန်းထားများကို gsa.gov/travel တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။ သင် ရင်းစားငွေတောင်းဆိုထားသော ခရီးသွားဒေသများကို ဖြည့်စွက်ပါ။ အပိုင်းတစ်ခုစီသည် ပူးတွဲတင်ပြရမည့် ထပ်ဆောင်းပြေစာများဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်ကို ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

တည်းခိုခြင်း

ညအိပ်တည်းခိုစရိတ်အတွက် ရင်းစားငွေ တောင်းခံထားသော သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်၏ ရက်စွဲ(များ)နှင့် အဆင့်(များ)ကို အောက်တွင် ဖော်ပြပေးပါ။ တည်းခိုစရိတ်များနှင့်သက်ဆိုင်သော ပြေစာများအားလုံးကို ပူးတွဲတင်ပြပါ။

***မှတ်ချက်-** တည်းခိုစရိတ်များအတွက် ရင်းစားငွေသတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီရန် သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူသည် ပရိုဂရမ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ အစားထိုးကုသရေးစင်တာမှ အသွားတစ်ကြောင်း 75 မိုင် အကွာအဝေးတွင် နေထိုင်သူဖြစ်ရမည်။

ဟိုတယ်	အကဲဖြတ်ခြင်း	ခွဲစိတ်မှုနှင့် နှာလန်ထမှု	နောက်ဆက်တွဲအဆင့်
	မှ	မှ	မှ
	မှ	မှ	မှ
	မှ	မှ	မှ

အစားအစာများ

အစားအသောက်စရိတ်အတွက် ရင်းစားငွေ တောင်းခံထားသော သက်ရှိထင်ရှား လူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်၏ ရက်စွဲ(များ)နှင့် အဆင့်(များ)ကို အောက်တွင် ဖော်ပြပေးပါ။ ပရိုဂရမ်မှဝါဒအရ သက်ရှိထင်ရှားလူဒါန်းသူက တည်းခိုခြင်းကို လိုအပ်မှသာလျှင် အစားအစာများအတွက် ရင်းစားငွေပြန်ပေးနိုင်ပါသည်။ အစားအစာပြေစာများကို လိုအပ်မည်မဟုတ်ပါ။

အစားအစာများ	အကဲဖြတ်ခြင်း	ခွဲစိတ်မှုနှင့် နှာလန်ထမှု	နောက်ဆက်တွဲအဆင့်
	မှ	မှ	မှ
	မှ	မှ	မှ
	မှ	မှ	မှ

သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး

ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်သောအခါ ခရီးစမှတ်နှင့် ခရီးဆုံးမှတ်အောက်တွင် လိပ်စာအပြင် တည်နေရာဖော်ပြချက်ကိုပါ ဖော်ပြပေးပါ။ တည်နေရာဖော်ပြချက်သည် ဟိုတယ်၊ အိမ်၊ အစားထိုးကုသရေးစင်တာ စသဖြင့် ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ခရီးစဉ်တစ်ခုစီအတွက် ဖြည့်စွက်ပါ (အသွားအပြန်ခရီးစဉ်ကို မထည့်ပါနှင့်)။ အောက်ပါဥပမာကို ကြည့်ရှုပါ။ လက်မှတ်များ၊ ပြေစာများ သို့မဟုတ် ခရီးသွားအထောက်အထားများကို ပူးတွဲတင်ပြပေးပါ။

ရက်စွဲ	သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး နည်းလမ်း	ခရီးမိုင်များ	ခရီးစမှတ်	ခရီးဆုံးမှတ်
ဥပမာ 01/01/2025	ကိုယ်ပိုင်ကား	150	အိမ် 75 Something St Anywhere, NY 12345	အစားထိုးကုသရေးစင်တာ Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #: _____ **Applicant #:** _____

ပံ့ပိုးကူညီသူ ခရီးသွားအသုံးစရိတ်များ

နယူးယောက်ပြည်နယ်-သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် အစားထိုးကုသရေးစင်တာသို့ သွားရသော ခရီးစဉ်တစ်ခုလျှင် တစ်ကြိမ်တွင် ပံ့ပိုးကူညီသူတစ်ဦးအတွက်သာ ငွေပေးချေနိုင်ပါသည်။ ပံ့ပိုးကူညီသူတစ်ဦးအတွက် နေ့စဉ်ပံ့ပိုးမှုနှုန်းထား \$100 နှုန်းဖြင့် စုစုပေါင်း ရက် 20 အထိ ရင်းစားငွေ ပြန်ပေးပြီး ယင်းသည် သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်၏ အဆင့်အားလုံးအတွက် အပြီး ဖြစ်သည်။

ပံ့ပိုးကူညီသူအချက်အလက်များ

ပံ့ပိုးကူညီသူ၏ ပထမ အမည်စာလုံး	နောက်ဆုံး အမည်စာလုံး	လူ့ဒါန်းသူနှင့်တော်စပ်ပုံ

ပံ့ပိုးကူညီသူက သင့်အား အဖော်ပြုပေးခဲ့သော ရက်အရေအတွက်နှင့် ပံ့ပိုးကူညီမှုပေးသော ရက်စွဲများကို ဖော်ပြပေးပါ။

ပံ့ပိုးကူညီမှုပေးသော ရက်အရေအတွက်- _____ **ရက်စွဲ(များ)-** _____ မှ _____

အောက်ပါတို့ပြန်ချက်များကို ဖတ်ရှုပြီးနောက် သင်၏ သတ်မှတ်ထားသော အပိုင်းတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ပါ

ပံ့ပိုးကူညီသူသည် ပေးအပ်ထားသော ရက်စွဲများအတွက် အစားထိုးကုသရေးစင်တာသို့ ကျွန်ုပ်နှင့်အတူ ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ကျ အဖော်ပြုလိုက်ပါပေးခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ် အခိုင်အမာသက်သေခံပါသည်။

သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ၏ လက်မှတ်-	ရက်စွဲ-
ကျွန်ုပ်သည် အစားထိုးကုသရေးစင်တာသို့ သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူနှင့်အတူ ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ကျ အဖော်ပြုလိုက်ပါပေးခဲ့ကြောင်းနှင့် ပေးအပ်ထားသော ရက်စွဲများအတွက် တစ်ကိုယ်ရေ အသုံးစရိတ်များ ကျခံခဲ့ရကြောင်း အခိုင်အမာသက်သေခံပါသည်။	
ပံ့ပိုးကူညီသူ၏ လက်မှတ်-	ရက်စွဲ-

မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်

အထက်ပါတို့သည် တရားမျှတကြောင်း၊ အမှန်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်တိကျကြောင်း၊ ရသင့်ငွေ တောင်းခံထားသော ပမာဏများမှာ သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း လိုအပ်ခဲ့ပြီး ကျသင့်ခံခဲ့ရသည်များဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် ဤနေရာမှ ထောက်ခံအပ်ပါသည်။

လက်မှတ်-	ရက်စွဲ-
-----------------	----------------

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number: _____ **Travel Authorization Code:** _____

Entered by: _____ **Date:** _____

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

လုပ်အားခရင်းစာပေး

လုပ်အားခရင်းစာပေးအတွက် လျှောက်ထားရန် သင်သည် လိုအပ်သော လစာဖြတ်ပိုင်းများ၊ W-2/1099 နှင့် အလုပ်ရှင်စိစစ်အတည်ပြုရေးဖောင်တို့ကို တင်သွင်းထားပြီးဖြစ်ရမည်။ သင်သည် သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သို့ တောင်းဆိုမှုတစ်ခုခု မပြုလုပ်မီ ရရှိနိုင်သော ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူတစ်ဦးဦးကို အသုံးပြုရန် လိုအပ်သည်။ ဥပမာအချို့မှာ သင်၏ ပုံမှန်စုဆောင်းရရှိမှုများမဟုတ်သော အလုပ်နားရက်များ ပေးအပ်သည့် ရေတိုမသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်ပရိုဂရမ် ဖြစ်သည်။

လူ့ဒါန်းသူသည် အလုပ်တွင် ကာယအားများစွာ စိုက်ထုတ်ခြင်းကဲ့သို့ သင်၏ ဆေးကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူက ဆုံးဖြတ်ပေးထားသော အထူးအခြေအနေများ မရှိလျှင် သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်သည် စုစုပေါင်း ရက်သတ္တပတ် 4 ပတ်အထိ ဆုံးရှုံးသွားသော လုပ်အားခများအတွက် ရင်းစားငွေ ပြန်ပေးနိုင်သည်။ စာရွက်စာတမ်းမှတ်တမ်းရှိသည့် အထူးအခြေအနေများရှိလျှင် ပရိုဂရမ်သည် သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ၏ ဆုံးရှုံးသွားသော လုပ်အားခများအတွက် စုစုပေါင်း ရက်သတ္တပတ် 8 ပတ်အထိ ရင်းစားငွေ ပြန်ပေးနိုင်သည်။ ရက်သတ္တပတ် 4 ပတ်ထက်ပိုကြာအောင် အလုပ်ပျက်ကွက်ရမည့် အထူးအခြေအနေများကို ဖော်ပြပေးသော ဆေးကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမှ စာရွက်စာတမ်းများကို ပူးတွဲတင်ပြပေးပါ။ ပရိုဂရမ်မူဝါဒသည် အကဲဖြတ်ခြင်းအဆင့်အတွက် 2 ရက်တာ လုပ်အားခဆုံးရှုံးမှု၊ လုပ်ငန်းစဉ်၏ နောက်ဆက်တွဲအဆင့်အတွင်း သွားရောက်ပြသမှုတစ်ကြိမ်အတွက် 1 ရက်တာ လုပ်အားခဆုံးရှုံးမှု ရင်းစားငွေကို ကန့်သတ်ပေးထားသည်။

နယူးယောက်ပြည်နယ်-သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ်
လုပ်အားခရင်းစာပေးဖောင်

သင့်တွင်ရရှိနိုင်သော ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူများကို ဖော်ပြပေးပါ။ ဤသည်မှာ အလုပ်ရှင် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ လက်ခံသူအာမခံကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အခြားရင်းမြစ်များမှတစ်ဆင့် ဖြစ်နိုင်သည်။

ယင်းရင်းမြစ်များထံမှ ရင်းစားငွေရရှိရန် သင် ကြိုးပမ်းဖူးပါသလား။

ယင်းရင်းမြစ်များထံမှ သင် ရင်းစားငွေ ရရှိဖူးပါသလား။

ရရှိဖူးလျှင် မည်သည့်အတွက် ရင်းစားငွေရရှိခဲ့သည်၊ မည်မျှရရှိခဲ့သည်ကို ဖော်ပြပေးနိုင်မလား။

*ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူတစ်ဦးဦးကို အသုံးပြုသောအခါ စာရွက်စာတမ်းများကို ဤရင်းစားငွေတောင်းဆိုချက်နှင့်အတူ ပူးတွဲတင်ပြပေးပါ။ စာရွက်စာတမ်းများတွင် ငွေပေးချေသူရင်းမြစ်၏ ရှင်းလင်းသောဖော်ပြချက်နှင့် ရင်းစားငွေသက်သေခံချက်တို့ ပါဝင်ရမည်။ ပေးအပ်ခဲ့သည်များက မရှင်းလင်းလျှင် ပရိုဂရမ်သည် ထပ်ဆောင်း စာရွက်စာတမ်းများကို တောင်းဆိုနိုင်ပြီး သက်ရှိထင်ရှားလူ့ဒါန်းသူ ပံ့ပိုးကူညီရေးပရိုဂရမ် ရင်းစားငွေအတွက် စောင့်ဆိုင်းချိန် ပိုကြာသွားနိုင်သည်။

အလုပ်ပျက်ကွက်ချိန်များ

1. သင် မည်မျှကြာအောင် အလုပ်ပျက်ကွက်ခဲ့သနည်း။
2. သင် မည်မျှကြာအောင် အလုပ်ပျက်ကွက်မည်ဟု မျှော်မှန်းထားသနည်း။
3. သင့်အလုပ်က အထူးထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်းအရ 8 ပတ်အထိဖြစ်သော လုပ်အားခရင်းစာပေးအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် စာရွက်စာတမ်းများ ရှိပါသလား။

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

သင် ရင်းစားငွေရရန် ကြိုးပမ်းနေသော ရက်စွဲများအားလုံး (လ/ရက်/နှစ်) နှင့် အလုပ်လုပ်ချိန်များကို ဖော်ပြပေးပါ-

တနင်္ဂနွေ	တနင်္လာ	အင်္ဂါ	ဗုဒ္ဓဟူး	ကြာသပတေး	သောကြာ	စနေ
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-
ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-	ရက်စွဲ- နာရီ အရေအတွက်-

ဤတောင်းဆိုမှုအတွက် စုစုပေါင်း ကြာချိန်နာရီများ- _____

မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်

အထက်ပါတို့သည် တရားမျှတကြောင်း၊ အမှန်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်တိကျကြောင်း၊ ရသင့်ငွေ တောင်းခံထားသော ပမာဏများမှာ သက်ရှိ ထင်ရှားလှူဒါန်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း လိုအပ်ခဲ့ပြီး ကျသင့်ခံခဲ့ရသည်များဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် ဤနေရာမှ ထောက်ခံအပ်ပါသည်။

လက်မှတ်-

ရက်စွဲ-

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:	Applicant #:
-----------------------	---------------------

ဆေးကုသရေး အသုံးစရိတ်များ

ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ခြင်းနှင့်အတူ ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူများတွင် အကျိုးမဝင်သော ဆေးကုသရေးအသုံးစရိတ်များအတွက် ပြေစာများ/ပယ်စာများကို ပူးတွဲတင်ပြရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။

ကိုယ်အင်္ဂါလူဒါန်းမှုနှင့် တိုက်ရိုက်သက်ဆိုင်သော ဆေးကုသရေးအသုံးစရိတ်များ	တောင်းဆိုသော ပမာဏ
---	--------------------------

ကိုယ်အင်္ဂါလူဒါန်းမှုအတွက် ငွေပေးချေမှု မရှိသော/ရင်းစားငွေ ပြန်မရသော ဆေးညွှန်းပါဆေးဝါးများ (ဆရာဝန်ညွှန်းစာမလိုဘဲ အလွယ်တကူဝယ်နိုင်သော ဆေးညွှန်းပါဆေးဝါးများလည်း ပါဝင်သည်)

အခြား ငွေပေးချေမှု မရှိသော/ရင်းစားငွေ ပြန်မရသော ဆေးကုသရေးကုန်ကျစရိတ်များ (ငွေပေးချေမှု မရှိသော/ရင်းစားငွေ ပြန်မရသော ဆေးကုသရေးကုန်ကျစရိတ်များအတွက် အသေးစိတ်အချက်များကို အောက်တွင် ပေးအပ်ပါ)

ဆေးဝါးများနှင့် ဆေးကုသရေးအသုံးစရိတ်အတွက် တောင်းဆိုသော စုစုပေါင်းကုန်ကျစရိတ်များ-

မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်

အထက်ပါ ငွေစာရင်းနှင့် ပူးတွဲဖယားများမှာ တရားမျှတကြောင်း၊ အမှန်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် မှန်ကန်တိကျကြောင်း၊ ဤတွင်ဖော်ပြထားသည်မှ လွဲ၍ ကျန်အပိုင်းများအတွက် ငွေပေးချေရသေးကြောင်း၊ ယင်းကျန်ငွေကို ကျွန်ုပ်အား အမှန်တကယ် ပေးရမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် တောင်းဆိုထားသော ပမာဏများမှာ ကျွန်ုပ်၏ တရားဝင်တာဝန်များကို ထမ်းဆောင်ရာတွင် လိုအပ်ခဲ့သည်များဖြစ်ပြီး ကျသင့်ခံခဲ့ရသည်များ ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အခိုင်အမာသက်သေခံပါသည်။

လက်မှတ်-	ရက်စွဲ-
-----------------	----------------

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:	Travel Authorization Code:
Entered by:	Date: