

လူနာအတွက် ရှေ့နေလိုက်ပေးမှုမဟုတ်ဘဲ ဆေးရုံငွေကြေး  
အကူအညီဥပဒေ စာရင်းလက်ခံခြင်းပရိုဂရမ်

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Bureau of Patient Advocacy

(Patient Advocacy Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)

**ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ**

ပထမ အမည်စာလုံး- \_\_\_\_\_ နောက်ဆုံး အမည်စာလုံး- \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

**သင်၏ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်များကို ဌာနအတွက် ပေးအပ်ပါ**

လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

မြို့- \_\_\_\_\_ ပြည်နယ်- \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

နေ့ဘက်သုံး ဖုန်း- \_\_\_\_\_ အခြားဖုန်း- \_\_\_\_\_

အီးမေးလ်လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

သင်က လူနာနှင့် မည်သို့ တော်စပ်သနည်း။- \_\_\_\_\_

သင်က အမည်ပေးထားလိုပါသလား။ (အထက်ပါရှင်းလင်းချက်ကို ကြည့်ရှုပါ) မဟုတ်ပါ ကုဒ်ပေးထားသော အီးမေးလ်

**လူနာ၏ အချက်အလက်များ**

ပထမ အမည်စာလုံး- \_\_\_\_\_ နောက်ဆုံး အမည်စာလုံး- \_\_\_\_\_

ချိန်းဆိုပြသမှုရက်စွဲ- \_\_\_\_\_ လာမည့် ချိန်းဆိုပြသမှုများ၏ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_ ဆေးရုံဆင်းသော ရက်စွဲ၊ သက်ဆိုင်လျှင် (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

**ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံ၏ အချက်အလက်များ**

ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံ၏ အမည်- \_\_\_\_\_

ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံ၏ လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

မြို့- \_\_\_\_\_ ပြည်နယ်- \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

# တိုင်ကြားမှုအချက်အလက်များ

သင်က ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံအပေါ် တိုင်ကြားချက်ဖွင့်ခဲ့ပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ  
ဘာဖြစ်ပျက်ခဲ့ပါသလဲ။- \_\_\_\_\_

မည်သည့်အချိန် (ရက်စွဲနှင့် အချိန်) တွင် ပြဿနာဖြစ်ပွားခဲ့သနည်း။- \_\_\_\_\_ (လ/ရက်/နှစ်) \_\_\_\_\_ (24 နာရီစနစ်မတ်သုံး အချိန်)  
ပြဿနာ ဆက်ဖြစ်နေပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

နေထိုင်သူ/လူနာက ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံတွင် ဆက်ရှိနေပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ  
ဘယ်လိုဖြစ်ပျက်ခဲ့ပါသလဲ။- \_\_\_\_\_

အခြားသော ဝန်ထမ်းများ၊ စေတနာ့ဝန်ထမ်းများ၊ မိသားစုဝင်များ၊ အခြားလူနာများ သို့မဟုတ် နေထိုင်သူများ၊ ဧည့်သည်များကဲ့သို့ အခြားသူတစ်ဦးဦး ပါဝင်ပါသလား။-  
ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်လျှင် ယင်းပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းစီကို ဖော်ပြပါ- \_\_\_\_\_  
မျက်မြင်သက်သေများ ရှိပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်လျှင် ယင်းပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းစီကို ဖော်ပြပါ- \_\_\_\_\_  
သင်က အရေးယူဆောင်ရွက်မှုတစ်ခုခုကို လုပ်ဆောင်ထားပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်လျှင် လုပ်ဆောင်ခဲ့သော အရေးယူဆောင်ရွက်မှုများကို ဖော်ပြပါ- \_\_\_\_\_  
ငွေကြေးပံ့ပိုးမှုကူညီမှုကိုယ်စားလှယ် (Financial Assistance Rep)၊ လူနာအတွေ့အကြုံရေးရာကိုယ်စားလှယ် (Patient Experience Rep) သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံ၏  
ဝန်ထမ်းတစ်ဦးဦးနှင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးခဲ့ပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ဟုတ်လျှင် ယင်းပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးချင်းစီကို ဖော်ပြပါ- \_\_\_\_\_  
ဥပဒေပြုရေးအေဂျင်စီများ ပါဝင်ပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

ပံ့ပိုးမှုအဆောက်အအုံက ပြဿနာရပ်ကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန် ကြိုးစားခဲ့ပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ  
ဟုတ်လျှင် ဖော်ပြပေးပါ- \_\_\_\_\_

ဤကိစ္စရပ်မှာ တူညီသောပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အခြားသူများအပေါ် ယခင်က ဖြစ်ပျက်ခဲ့ခြင်း ရှိ၊ မရှိ သင် သိပါသလား။- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ  
ဟုတ်လျှင် ဖော်ပြပေးပါ- \_\_\_\_\_

သင့်တိုင်ကြားချက်တွင် ထည့်သွင်းပါဝင်ရန် အရေးပါသည်ဟု သင် ခံစားမိသော ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို ပေးအပ်ရန် အောက်ပါနေရာလွတ်ကို အသုံးပြုပေး  
ပါ။ ယင်းအချက်အလက်များအတွက် စာလုံးရေ 10000 အထိသာ ခွင့်ပြုထားသည်။