



## MAC နှင့် BAC အဖွဲ့ဝင် လျှောက်လွှာ

သင့်အနေဖြင့် သန်းပေါင်းများစွာသော နယူးယောက်ပြည်သူများအတွက် Medicaid ပရိုဂရမ်ကို တိုးတက် ကောင်းမွန်လာစေရန် ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ သင်၏ အတွေ့အကြုံ၊ ဖြည့်သွင်းပါဝင်မှုနှင့် ပါဝင်ဆောင်ရွက်မှုတို့သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် (New York State, NYS) ကျန်းမာရေးဌာန (Department of Health) အတွက် တန်ဖိုးမဖြတ်နိုင်ပါ။ Medicaid အကြံပေးကော်မတီ (Medicaid Advisory Committee, MAC) နှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ အကြံပေးကောင်စီ (Beneficiary Advisory Council, BAC) ၏ အဖွဲ့ဝင်များသည် NYS Medicaid ပရိုဂရမ်နှင့်သက်ဆိုင်သော မူဝါဒ ဖန်တီး တိုးတက်ရေးအတွက် NYS Medicaid ပရိုဂရမ်ကို အကြံပေးပြီး သတင်းပေးရပါမည်။ MAC နှင့် BAC ထံမှ ဖြည့်သွင်း ပါဝင်မှုသည် NYS Medicaid အဖွဲ့ဝင်များအနေဖြင့် အမြင့်ဆုံးအရည်အသွေးနှင့် ကုန်ကျစရိတ်သက်သာ၍ အထိရောက် ဆုံးဖြစ်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုတို့ကို ရရှိကြောင်း သေချာစေလျက် ပရိုဂရမ်ကို ပံ့ပိုးကူညီပေးပါမည်။

MAC သည် NYS-လိုင်စင်ရ ဆေးခန်းဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သူများနှင့် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု အဖွဲ့အစည်းများတွင် ပရော်ဖက်ရှင်နယ်အတွေ့အကြုံရှိသူများ၊ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုစီမံခန့်ခွဲရေး အဖွဲ့အစည်းများ၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် NYS Medicaid နှင့် Child Health Plus (CHPlus) အဖွဲ့ဝင်များအတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးသော အခြား အစိုးရအေဂျင်စီများကို ရှာဖွေသည်။ MAC အဖွဲ့ဝင်များသည် သုံးနှစ်တာကာလ တာဝန်ထမ်းဆောင်ရမည်။

BAC သည် NYS တွင် နေထိုင်သော NYS Medicaid နှင့် CHPlus အဖွဲ့ဝင်ဟောင်းများ သို့မဟုတ် လက်ရှိအဖွဲ့ဝင်များအပြင် ၎င်းတို့၏ မိသားစုဝင်များနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးသူများကိုပါ ရှာဖွေသည်။ BAC အဖွဲ့ဝင်များသည် နှစ်နှစ်တာကာလ အတွက် တာဝန်ထမ်းဆောင်ရမည်။

1. ပထမအမည်စာလုံး
2. နာမည်ဆုံးအမည်စာလုံး
3. အီးမေးလ်လိပ်စာ
4. အဖွဲ့အစည်း (သက်ဆိုင်လျှင်)
5. လမ်းလိပ်စာ / စာတိုက်ပုံး
6. မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ ကုဒ်
7. ဖုန်းနံပါတ်

8. တနင်္လာနေ့ မှ သောကြာနေ့ အတွင်း စီစဉ်ထားသော အစည်းအဝေးများသို့ တက်ရောက်ရန် အောက်ပါတို့ အနက် မည်သည့်အချိန်များသည် သင့်အတွက် အကောင်းဆုံးဖြစ်မည်နည်း။ သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို အမှတ်ခြစ်ပါ။ **မှတ်သားရန်-** အစည်းအဝေးများကို သုံးလတစ်ကြိမ် ကျင်းပမည်ဖြစ်ပြီး Albany သို့ မဟုတ် နယူးယောက်မြို့တော်တွင် အွန်လိုင်းဖြင့် သို့ မဟုတ် လူချင်းတွေ့ဆုံ၍ (ပြန်လည်ဆုံးဖြတ်ရန်) ပြုလုပ်နိုင်သည်။

- မနက် 9 နာရီ - 10 နာရီ
- မနက် 10:30 နာရီ - 11:30 နာရီ
- နံနက် 1 နာရီ - 2 နာရီ
- နံနက် 2:30 နာရီ - 3:30 နာရီ
- နံနက် 4 နာရီ - 5 နာရီ

c

9. သင့်အနေဖြင့် လူချင်းတွေ့ဆုံခြင်း သို့ မဟုတ် အွန်လိုင်းဖြင့် တွေ့ဆုံနိုင်ပါသလား။  
သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ။

- အွန်လိုင်း
- Albany တွင် လူချင်းတွေ့ဆုံသော အစည်းအဝေး
- နယူးယောက်မြို့တော်တွင် လူချင်းတွေ့ဆုံသော အစည်းအဝေး

10. ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတွက် တာဝန်ထမ်းဆောင်လိုသည်-

- Medicaid အကြံပေးကော်မတီ
- အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ အကြံပေးကောင်စီ
- နှစ်ခုစလုံး

11. သင်က နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid သို့ မဟုတ် Child Health Plus အဖွဲ့ဝင်လား။

- ဟုတ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Medicaid Managed Care အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသည် (ကျွန်ုပ်သည် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားပြီး Fidelis သို့ မဟုတ် United Healthcare ကဲ့သို့ ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီတစ်ခုမှ တစ်ဆင့် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိပါသည်)
- ဟုတ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Medicaid Fee-for-Service အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသည် (ကျွန်ုပ်သည် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားပြီး နယူးယောက်ပြည်နယ်မှတစ်ဆင့် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်ကတ်တွင် "NYS Benefit Identification Card" ဟူ၍ ဖော်ပြထားပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ မပါဝင်ပါ)
- ဟုတ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Child Health Plus အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်
- တစ်ခုမှမဟုတ်

12. သင်က နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid သို့ မဟုတ် Child Health Plus အဖွဲ့ဝင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးသူ သို့ မဟုတ် မိသားစုဝင်လား။

- ဟုတ်ပါသည်။ Medicaid Managed Care အဖွဲ့ဝင် (Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားပြီး Fidelis သို့မဟုတ် United Healthcare ကဲ့သို့ ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီတစ်ခုမှတစ်ဆင့် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိပါသည်)
- ဟုတ်ပါသည်။ Medicaid Fee-for-Service အဖွဲ့ဝင် (Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားပြီး နယူးယောက်ပြည်နယ်မှတစ်ဆင့် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်ကတ်တွင် “NYS Benefit Identification Card” ဟူ၍ ဖော်ပြထားပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ မပါဝင်ပါ)
- ဟုတ်ပါသည်။ Child Health Plus အဖွဲ့ဝင်
- တစ်ခုမှမဟုတ်

13. သင့်အား အကောင်းဆုံးဖော်ပြပေးနိုင်သော အမျိုးအစားတစ်ခု သို့ မဟုတ် ထို့ အထက်ကို ရွေးချယ်ပေးပါ။

- ကျွန်ုပ်သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ခဲ့ဖူးသည်
- ကျွန်ုပ်သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး၏ မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးသူ ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် Child Health Plus အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး၏ မိဘ/ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးသူ ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် Medicare အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူတစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် Medicaid ရှေ့နေတစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် Child Health Plus ရှေ့နေတစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုစီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့အစည်း (Managed Care Organization) ၏ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် ဆေးခန်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦး သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သူတစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် အေဂျင်စီ၏ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ဖြစ်သည်
- ကျွန်ုပ်သည် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ဖြစ်သည်

14. Medicaid အကြံပေးကော်မတီ နှင့်/သို့ မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ အကြံပေးကောင်စီအတွက် အကျိုး ဖြစ်ထွန်းစေမည့် မည်သည့် အတွေ့အကြုံနှင့် အမြင်ရှုထောင့်တို့ ကို သင် မျှဝေပေးနိုင်ပါသနည်း။

c

15. Medicaid အကြံပေးကော်မတီ နှင့်/သို့ မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ အကြံပေးကောင်စီတွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ရန် အဘယ်ကြောင့် သင် စိတ်ဝင်စားပါသနည်း။

16. NYS ကျန်းမာရေးဌာန၏ အကြံပေးကော်မတီတစ်ခုတွင် သင် လက်ရှိတာဝန်ဆောင်နေပါသလား သို့မဟုတ် အတိတ်က တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့ဖူးပါသလား။

- ဟုတ်ပါသည် (ဟုတ်လျှင် အောက်ပါ "အခြား" ဟူသော အကွက်တွင် ကော်မတီ၏အမည်ကို ဖော်ပြပေးပါ)
- မဟုတ်ပါ

17. သင်က နယူးယောက်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သူလား။

- ဟုတ်ပါသည်
- မဟုတ်ပါ

18. သင်က အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် အလုပ်လုပ်ရန် တရားဝင်ခွင့်ပြုချက် ရရှိထားသူလား။ **မှတ်သားရန်-** သတ်မှတ်အတိုင်းအတာအချို့ထက် ကျော်လွန်သော ရင်းစားရငွေပြန်ရမည့် ခရီးသွားစရိတ်များအတွက် IRS အစီရင်ခံရေးသတ်မှတ်ချက်များကို လေးစားလိုက်နာကြောင်း သေချာစေရန် ဤအချက်အလက်များကို လိုအပ်ပါသည်။

- ဟုတ်ပါသည်
- မဟုတ်ပါ
- မဖြေဆိုလိုပါ

19. လိင်- သင် မည်သို့ သတ်မှတ်ထားပါသနည်း။

- ကျား
- မ
- ကျား/မ ဟု မခံယူထားပါ
- မဖြေဆိုလိုပါ

20. သင်၏အသက် မည်မျှနည်း။

- 18 မှ 21
- 22 မှ 30
- 31 မှ 40
- 41 မှ 50
- 51 မှ 60
- 61 မှ 64
- 65 နှင့်အထက်

21. မည်သည့် လူမျိုး/မျိုးနွယ်စုက သင့်အား အကောင်းဆုံးဖော်ပြသနည်း။ သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ။

- အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာဒေသခံ
- အာရှတိုက်သား/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား
- လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကနွယ်ဖွား အမေရိကန်
- ဟစ်စပန်းနစ်
- လူဖြူ/ဥရောပလူဖြူ
- မဖြေဆိုလိုပါ

22. မည်သည့်တည်နေရာအမျိုးအစားသည် သင်နေထိုင်ရာနေရာကို အကောင်းဆုံး ဖော်ပြပေးသနည်း။

- မြို့ပြ
- ဆင်ခြေဖုံး
- ကျေးလက်

23. နယူးယောက်ပြည်နယ်၏ မည်သည့် ဒေသ/ကောင်တီတွင် သင် နေထိုင်ပါသနည်း။

- Capital District (Albany, Columbia, Greene, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Washington, Warren)
- Central New York (Cayuga, Cortland, Madison, Onondaga, Oswego)
- Finger Lakes (Genesee, Livingston, Monroe, Orleans, Ontario, Seneca, Wayne, Wyoming, Yates)
- Long Island (Suffolk, Nassau)
- Mid-Hudson (Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester)
- Mohawk Valley (Hamilton, Herkimer, Fulton, Montgomery, Schoharie, Oneida)
- နယူးယောက်မြို့တော် (Bronx, Kings, Richmond, Queens, New York)
- North Country (Clinton, Essex, Franklin, Jefferson, Lewis, St. Lawrence)
- Southern Tier (Broome, Chemung, Chenango, Delaware, Schuyler, Steuben, Tioga, Tompkins, Otsego)
- Western New York (Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara)

24. သင် ပေးအပ်လိုသော ထပ်ဆောင်း အချက်အလက်တစ်ခုခု ရှိပါသလား။

သင့်လျှောက်လွှာအတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ NYS ကျန်းမာရေးဌာနသည် သင့်စိတ်ဝင်စားမှုကို ကျေးဇူးတင်အသိအမှတ်ပြုပြီး အတွေ့အကြုံနှင့် အမြင်ရှုထောင့်များ ကျယ်ပြောသည့် မတူကွဲပြားသူများပါဝင်သော ကော်မတီတစ်ရပ် တည်ထောင်ရန် ရည်ရွယ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ သည် သင့်အား အဖွဲ့ဝင်အဖြစ် ရွေးချယ်လိုက်လျှင် သင့်ထံ အကြောင်းကြားမည်ဖြစ်ပြီး အနာဂတ်တွင် လူသစ်စုဆောင်းရေးအခွင့်အလမ်းများအတွက် ကျန်လျှောက်လွှာများအားလုံးကို ဖိုင်တွဲ၍ သိမ်းဆည်းထားမည်ဖြစ်သည်။