



# ကျန်းမာရေးအာမခံ နှင့် ကုန်ကျစားရိတ်ကူညီပေးရန် လျှောက်ထားခြင်း

➔ ပိုမိုမြန်အောင် အန်လိုင်း [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) မှလျှောက်ပါ။



## သင် အရည်အချင်းမီနိုင်သည့် အာမခံကို ရှာဖွေခြင်းနှင့် ဤအက်ပ်ကို အသုံးပြုပါ။

- သင့်ကို ကူညီရန်နှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ နိုင်ရန် အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အေရောင်းဌာန (Marketplace) သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအခမဲ့ အမျိုးမျိုးကို စီစဉ်ထားရှိပါသည်။
- အခမဲ့ ခရက်ဒစ် (tax credit) စနစ်သည် သင် လစဉ်ပေးသွင်းရသော ကျန်းမာရေးအာမခံကြေး ကို လျှော့နည်း စေခြင်းဖြင့် သင့်ကို ချက်ချင်းလက်ငင်း ကူညီနိုင်ပါသည်။
- အခမဲ့ သို့မဟုတ် စားရိတ်နည်းသော Medicaid သို့မဟုတ် ခေလးသူငယ်များအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် (CHIP) ဝင်ငွေ ပေါ်မူတည်ပြီး အချို့သော သူတို့သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စားရိတ်နည်းသော အစီအစဉ်ကိုရရှိနိုင်ပါသည်။



## မည်သူတွေက ဒီလျှောက်လွှာကို သုံးနိုင်သလဲ

- သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်း မည်သူမဆို လျှောက်ထားရန် ဤ လျှောက်လွှာကို အသုံးပြုပါ။
- သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် သားသမီး သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင်ပင်လျှောက်ပါ။ အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်းအာမခံ အစီအစဉ် ခံစားရန်နှင့် သင့် ရရှိကောင်းရရှိနိုင်ပါသည်။
- အကယ်၍ သင့်မှာ အိမ်ထောင်ဘက် မရှိလျှင် လျှောက်လွှာ အတို ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)။
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ (immigrant) ရှိသည့် အိမ်ထောင်များ လျှောက်နိုင်ပါသည်။ သင်ကိုယ်တိုင်က လျှောက်ထားခြင်း မရှိသည့်အားဖြင့် သင်၏ သားသမီးများအတွက် လျှောက်နိုင်ပါသည်။ လျှောက်ထားခြင်းအားဖြင့် သင်၏ လူဝင်မှု အခြေအနေကို သို့မဟုတ် အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် နှင့် နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့် အခွင့်အလမ်းများအပေါ် မည်သည့် အကျိုးဆက်ကို မျှော်လင့်စေနိုင်ပါ။
- တစ်ဦး တစ်ယောက် အကူအညီ ဖြင့် ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ပါက နောက်ဆက်တွဲ ဂ ကို ဖြည့်ရန်လိုပါသည်။



## ဖွဲ့စည်းရန် ဘာတွေလိုမလဲ

- လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (social security numbers) (SSNs) (သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီပြီး အာမခံ ရရှိလိုသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ များအတွက် စာတမ်းစာတမ်းနံပါတ်)
- သင့်မိသားစုဝင် တစ်ဦးချင်း ၏ အလုပ်ရှင် နှင့် ဝင်ငွေ ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (အလုပ်မှပေးသည့် ဝင်ငွေပြစာ၊ W-2 ပုံစံ၊ သို့မဟုတ် လုပ်အားခနှင့် အခွန်ထုတ်ပြန်ချက် ကဲ့သို့စာတမ်းစာတမ်းများ)
- လက်ရှိ သုံးစွဲနေသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အတွက် ပေါ်လစီ နံပါတ်များ
- သင့်အိမ်ထောင်မိသားစု ခံစားရရှိနိုင်သော မည်သည့် အလုပ်အကိုင်နှင့်မဆို ဆက်သွယ်ပတ်သက်သည့်ကျန်းမာရေးအာမခံ အချက်အလက်များ။



## မည်သည့် အတွက် ကြောင့် ဤအချက် အလက်များကို တောင်းရသနည်း။

သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် တခြားအချက်အလက် များကို မေးမြန်းအားဖြင့် သင့် အတွက် မည်သည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု မှ ကို ရနိုင်ပြီး၊ ကုန်ကျမှု အတွက် ပြန်ပေးရမည့် အကူအညီ ရရှိနိုင်မည်ကို အသိပေးနိုင်ပါသည်။ ထို အချက် အလက်များကို ကျနုပ်တို့ က ဥပဒေနှင့် အညီ လုံခြုံစွာ၊ ပေါက်ကြားခြင်း မရှိအောင် သိမ်းဆည်း ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု အက်ဥပဒေအိုင်ရာ The Privacy Act Statement စွာညာစဉ်အတိုင်း ကျွန်ုပ်တို့ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် ညွှန်ကြားချက်များကို စစ်ဆေးကြည့်ပါ။



## နောက်တဆင့် ဘာထပ်ဖြစ်မလဲ

သိမ်းဆည်းရန်အတွက် မိတ္တူကူးယူပြီး စာမျက်နှာ(8) စာမျက်နှာ(8) လိုက်စာသို့ ရေးဖြည့် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို ပေးပို့ပါ။ ကျွန်ုပ်တို့တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များ အားလုံးကို မဖြည့်နိုင်လျှင်လည်း လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးပြီး ပေးပို့ လိုက်ပါ။ တစ်ပတ် နှစ်ပတ်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်နှင့်အတူ နောက်ဆက်တွဲ လိုအပ်သည့်များကို ဆက်လက် ဆောင်ရွက်ပါမည်။ နောက်ထပ်လိုအပ်သော သင့်၏ အချက်အလက်များ ရှိခဲ့လျှင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အေရောင်းဌာန (Marketplace) မှသင့်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါမည်။ လျှောက်လွှာကို စီမံဆောင်ရွက်ပြီးသည့် နောက်မှာ သင်သည် ပါဝင်ခွင့် အသိပေးစာကို ရရှိပါမည်။ ဤ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စက်သောသူသည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ဝယ်ယူရမည့် ဟုမဆိုလိုပါ။



## ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ဖို့ အကူညီလိုပါက

- **အန်လိုင်း** - [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) အင်တာနက် စာမျက်နှာကိုသားပါ။
- **ဖုန်း** - ကျန်းမာရေးအာမခံအေရောင်းဌာန **၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆**။ အကြားအာရုံအာနည်းသူများ အတွက် **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅**။
- **ကိုယ်တိုင်လျှောက်ရန်** - သင့်နေရာ တစ်ဝိုက်တွင် လျှောက်ရန်ကူညီပေးသည့် ကျန်းမာရေးအာမခံများရှိပါသည်။ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆** ကိုဆက်သယ်ပါ။
- **တခြားဘာသာစကား** - အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြားဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆** ကိုဆက်သယ်ပြီး ဝန်ထမ်း အား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပေးပါမည်။



အမည်: သို့မဟုတ် အပြာရောင် မှင်ကိုသာ အသုံးပြုပြီး စာလုံးကြီးများဖြင့် ရေးဖြည့်ပါ။

(○) နေရာကို ပြည့်သားအောင် ဤ သို့ ဖြည့်ပါ → ●.

### အဆင့် 1: သင့်အကြောင်းပြောပြပါ။

(အိမ်ထောင်စုဝင် သက်ကြီး တစ်ဦးသည် သင့်လျှောက်လွှာအတွက် ဆက်သွယ်ရန် ပုဂ္ဂိုလ် ဖြစ်ရပါမည်။)

1. ပထမ နာမည်	အလယ် နာမည်	နောက်ဆုံး နာမည်	ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး
2. နေရပ်လိပ်စာ(မရှိပါက ကွက်လပ် ချန်ထားပါ)			3. အိမ်လိပ်စာ 2
4. မြို့	5. ပြည်နယ်	6. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	7. ကောင်တီ ခရိုင်
8. စာလက်ခံရာလိပ်စာ(နေရပ်လိပ်စာနှင့် ကွဲပြားပါက)			9. အိမ်လိပ်စာ 2
10. မြို့	11. ပြည်နယ်	12. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	13. ကောင်တီ ခရိုင်
14. ဖုန်းနံပါတ်	15. ဒုတိယဖုန်းနံပါတ်		
16. ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ကို အီးမေးလ်မှ တဆင့် ရယူလိုပါသလား။ <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပဲ			
17. ၁၇။ ပို၍ကြိုက်နှစ်သက်သောဘာသာစကား ရေးသားထားသော <input type="radio"/> နှုတ်ဖြင့်ပြောသော <input type="radio"/>			

### အဆင့် 2: သင့်မိသားစု သင်၏အိမ်ထောင်မိသားစုအကြောင်းကို ပြောပြပါ

#### ဤလျှောက်လွှာ တွင် မည်သူ့ ကို ထည့်သွင်း လျှောက်ထားဖို့ လိုသလဲ။

သင့်အိမ်ထောင်မိသားစုအားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီးလျှင်လည်း အဆင့် ၂ စာမျက်နှာကို ဖြည့်စွက် ပြုလုပ်ပါ။ အားလုံး အသီးသီးတတ်နိုင်သော အကောင်းဆုံး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရရှိရန် ဤ လျှောက်လွှာ က ကျွန်ုပ်တို့ကို အထောက်အကူပေးပါမည်။ သင်ရရှိမည့် အကူအညီအနည်းအများသို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ် အမျိုးအစားသည် သင့်မိသားစုဝင် အရေအတွက်နှင့် သင်၏ဝင်ငွေအပေါ်တွင် မူတည်ပြီးအဆုံးအဖြတ်ပြုလုပ်ပါသည်။ တစ်ယောက်သော သူသည် ကျန်းမာရေးအာမခံရရန် ရှိပြီးဖြစ်သဖြင့် လျှောက်လွှာတွင် မထည့်ဘဲ ချန်ထားလျှင် သင်ရရှိမည့် ခံစားခွင့် ကို ထိခိုက်စေနိုင်ပါသည်။

- အာမခံလိုအပ်သော အရွယ်ရောက်ပြီး လူကြီးများအတွက်:**
- သူတို့ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို မလျှောက်လျှင်လဲ ဖော်ပြပါ။
  - အိမ်ထောင်ဘက်
  - အတူတူနေထိုင်ပြီး အသက် ၂၁ နှစ်အောက် သားနှင့် သမီးများ အားလုံး၊ ဖခင်သို့မဟုတ်မိခင်ဖက်မှပါလာသောသားသမီးများ
  - ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ဆောင်ရွက် ထည့်သွင်း ထားသောသူ(အသက် ၂၁ အထက် သားသမီးများ အကျုံးဝင်သည်။) ကျန်းမာရေး အာမခံရရန် အခွန်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။
- ၂၁ နှစ်အောက် ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ် သော သားသမီးများ အတွက်:**
- သူတို့ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို မလျှောက်လျှင်လဲ ဖော်ပြပါ။
  - သူတို့ နှင့် အတူနေသော မိဘ (သို့ မဟုတ် မိဖွား ဘွဲ့ဒား)
  - အတူနေသော မောင်နှမများ
  - အတူနေထိုင်သော သား သို့ မဟုတ် သမီး၊ အိမ်ထောင်ဘက်မှပါသော ကလေးများပါ ဖော်ပြပါ။
  - အတူတူနေထိုင်သော အိမ်ထောင်ဖက်များ
  - ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ဆောင်ရွက် ထည့်သွင်း ထားသောသူ။ ကျန်းမာရေးအာမခံရရန် အခွန်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။

#### မိသားစုဝင်အားလုံးအတွက်အဆင့် (၂) ကိုဖြည့်စွက်ပါ။

သင်ကိုယ်တိုင် မှစတင်ပါ။ ထို့နောက် အခြားလူကြီးများနှင့် ခလေးများကိုဖြည့်ပါ။ သင် အိမ်ထောင်တွင် လူနှစ်ဦးထက် ပိုရှိလျှင် ဤစာမျက်နှာများကို မိတ္တူကူးပြီး တွဲပါ။

ကျန်းမာရေး အာမခံ မလိုအပ်သည့် အိမ်ထောင်ဝင်များအတွက် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ သို့မဟုတ် SSN များ မလိုအပ်ပါ။ ဥပဒေရှိသည့်အတိုင်း ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို လုံခြုံစာထိန်းသိမ်း ထားပါမည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ခံစားခွင့်အဆင့်ကို ဆုံးဖြတ်သတ်မှတ်နိုင်ရန် အတတ်သား သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကိုအသုံးပြုပါမည်။



အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 1 (သင့်အတွက် အရင် စဖြည့်ပါ)

သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့် အိမ်ထောင်ဖက်/အဖော် နှင့် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော မိမိသူများ၊ နှင့် သို့မဟုတ် အစိုးရထံ ဝင်ငွေအခွန် တင်သည့်ပုံစံ (tax return) တွင် သင်နှင့် အတူပါဝင်သူ မည်သူမဆို အတွက် အဆင့် (၂) ဖြည့်စွက်ပြီးစီးပါ။ မည်သူတို့ကို ထည့်သွင်းနိုင်သည် ဆိုသည့် အချက်အလက်များကို စာမျက်နှာ (၁) တွင်ကြည့်ပါ။

1. ပထမ နာမည် အလယ် နာမည် နောက်ဆုံး နာမည် ဖည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး

2. ပုဂ္ဂိုလ် ၁ နှင့် တော်စပ်ပုံ။ ကိုယ်တိုင် 3. အိမ်ထောင်ရှိသလား။ 4. မွေးနေ့ (လ/နေ့ /နှစ်) 5. လိင်

6. လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)

★ ကျန်းမာရေးအာမခံလျှောက်လိုပါက လူမှု လုံခြုံရေး နံပါတ် (SSN) ရှိရမည်။ SSN လိုအပ်ပါက လျှောက်ထားနိုင်သည်။ SSN ကို အသုံးပြုပြီး ဝင်ငွေနှင့် အခြား အချက် အလက်များကို ရယူကာ မည်သူက အကူအညီရနိုင်မည်ကို ရှာဖွေမည် ဖြစ်သည်။ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) နှင့် ပါတ်သက်ပြီး ပိုမိုသိရှိလိုသည့် အချက်အလက်များ ကို SSA.gov င်လေ့လာနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၇၇၂-၁၂၃၂၊ အကြားအာရုံအားနည်းသူများ ၁-၈၀၀-၃၂၅-၀၇၇၅ တင် မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

7. လာမည့်နှစ် အတွက် ဖက် ဝင်ငွေခွန် ဆောင်ရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
a. အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အခွန်ဆောင် မည်လား။
b. သင့်အားမိမိနေထိုင်သူများကို အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်း မည်လား။
c. သင့် ကို မိမိသူအဖြစ် အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ပါဝင်မည်လား။
မှန်ပါသည်။ မှန်လျှင် a မှ c အထိအားလုံးဖြေပါ။ မှားပါသည်။ မှားလျှင် c အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။ ဖြေစရာမလိုပါ။
တင်သည့်အခွန် (tax) တင်သူ၏အမည်ကို ဖော်ပြပါ။ ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ နှင့် ဘယ်လိုတော်စပ်သလဲ။

8. သင့်မှာ ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ a. ရှိသည် ဆိုပါက လက်ရှိကိုယ်ဝန် မှ မွေးဖွားလာမည့် ကလေး အရေအတွက် ဘယ်လောက်လဲ။

9. ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်သလား။ ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီးကောင်းသော သို့မဟုတ် ပိုပြီး ဈေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များ ရှိနိုင်ပါသည်။
a. ရှိသည်။ အာမခံရှိပြီး ဖြစ်ပါက အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။
b. မရှိပါ။ အာမခံ မရှိပါက စာမျက်နှာ ၃ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်နှာတွင် ကျန်သော မေးခွန်းများကို ဖြေစရာမလိုပါ။

10. သင့်ထံတွင် ကျန်းမာရေးကို အထူး စောင့်ရှောက်ပေးရန်၊ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး အဆောက်အအုံတွင် သို့မဟုတ် ကုသရေး ဂေဟာတွင် နေထိုင်ရန် လိုအပ်သည့် ရုပ်ပိုင်း၊ စိတ်ရောဂါ သို့မဟုတ် စိတ်ခံစားမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေမျိုး ရှိပါသလား။

11. သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားသို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုးဖြစ် ပါသလား။

12. သင်သည် အမေရိကန်နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦး ကို မိမိပြီး နိုင်ငံသား ရထားသလား (ဤအချက်က များသောအားဖြင့် အမေရိကန်နိုင်ငံ ပြင်ပတွင် မွေးဖွားခဲ့ခြင်း ကို ဆိုလိုသည်)
a. Alien နံပါတ် b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ်
မေးခွန်း ကနှင့် ခ ကို ဖြေပြီးပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၄ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။

13. သင်သည် အမေရိကန်နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထားသော နေထိုင်ခွင့် ရှိပါသလား။

လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း အမျိုးအစား နေထိုင်မှု အမျိုးအစား (မြေလုံမှုဖြေပါ) လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း တွင် ပါသည့်အတိုင်း သင့်နာမည် ကို ရေးပါ။

Alien သို့ မဟုတ် I-94 နံပါတ် ကဒ်နံပါတ် သို့ မဟုတ် ခရီးသွားစာအုပ် နံပါတ်

SEVIS ID သို့ မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (မြေလုံမှုသာ ဖြေပါ) တခြား ( အမျိုးအစား နံပါတ် သို့ မဟုတ် ထုတ်ပေးသောနိုင်ငံ)

a. သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ၁၉၉၆ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။
b. သင် သို့ မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘသည် စစ်မှန်ထမ်းပေးထား သို့မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်တွင် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။

14. သင်သည် လွန်ခဲ့သော ၃ လ မှ စပြီး ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစားရိတ် ပေးရန် အကူအညီလိုအပ်နေသလား။

15. သင်သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူ နေပါသလား။ သင် က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား (သင်နှင့် အိမ်ထောင်ဘက်က ဒီကလေး အတွက် တာဝန်ယူနေသည့်ဆိုပါလျှင် "ဟုတ်မှန်သည်" ဟု ရှေးပါ။)
သင်နှင့် အတူနေထိုင်သော အသက် (၁၉) နှစ်အောက် ကလေးများ၏ နာမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကိုဖော်ပြပါ။

16. သင်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက် နေသော ကျောင်းသားတစ်ယောက်လား။
17. သင်သည် အသက် ၁၈ နှစ် သို့ မဟုတ် အထက် တွင် မွေးဖွားမိဘများ နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။

❓ လျှောက်ထားမှု အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကို ဖော်နိုင်ပါသည်။



ဆန္ဒရှိမှဖြေပါ။ (ဤအချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးခြင်းက အရည်အချင်းပြည့်မီမှု၊ အစီအစဉ်ရွေးချယ်မှုများ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်များအပေါ် သက်ရောက်မှု မရှိစေပါ။)

မိမိနှင့် ကိုက်ညီသောအချက်များကို ဖြည့်ပါ

19. လူမျိုး

- လူဖြူ ○ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အေမရိကန် ○ အေမရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်ဇကာမှဆင်းသက်လာသူ ○ ဒီလစ်ပိုင်လူမျိုး ○ ဂျပန်လူမျိုး ○ ကိုးရီးယားလူမျိုး
○ အရှုနိုင်ငံမှ အိန္ဒိယလူမျိုး ○ တရုတ်လူမျိုး ○ ဗီယက်နမ် ○ တခြားအာရှလူမျိုး ○ ဟာဝိုင်အီကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး ○ ဝှမ်းကျန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး သို့မဟုတ် ချစ်မိုရို ○ စမိုအန်လူမျိုး
○ တခြား ဝစ်စိုင်ကျန်းစုမှ လူမျိုး ○ တခြား: //

အဖဖြတ်ဘက်ကို ရွေးပါ။

20. မွေးချိန်တွင် သတ်မှတ်ခဲ့သော လိင် (သင့်မွေးစားရင်းတွင် ရှာတွေ့နိုင်သည်)-
○ မ ○ ကျား ○ အခြား: // ○ မသိပါ ○ မဖြေချင်ပါ

21. လက်ရှိ လိင်-
○ မ ○ ကျား ○ လိင်ပြောင်း အမျိုးသမီး ○ လိင်ပြောင်း အမျိုးသား ○ အခြား အသုံးအနှုန်း: // ○ မသိပါ ○ မဖြေချင်ပါ

22. ငိုစိတ်တိမ်းညွတ်မှု-
○ လိင်နှစ်ဘက်ချွန် ○ လိင်တူချစ် အမျိုးသမီး သို့မဟုတ် အမျိုးသား ○ ပုံမှန်သူ (လိင်တူချစ် အမျိုးသမီး သို့မဟုတ် အမျိုးသား မဟုတ်သူ)
○ ကွဲပြားသော အသုံးအနှုန်း: // ○ မသိပါ ○ မဖြေချင်ပါ

အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 1 (သင့်အနေဖြင့် ဆက်ဖြည့်ပါ)

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

- အလုပ်အကိုင်ရှိ။ သင့်သည် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေပါက သင့်ဝင်ငွေအကြောင်း ပြောပြပါ။ အချက် (20) မှ စတင်ပါ။
○ အလုပ်လက်ခွဲ။ အချက် (30) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။
○ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူ။ အချက် (29) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၁။

20. အလုပ်ရှင်၏အမည်။
//

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)
//

Table with 4 columns: b. ဖြို, c. ပြည်နယ်, d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်, 21. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

22. တစ်နာရီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမဟုတ်ဘဲ) \$ //
○ တစ်နာရီချင်း ○ တစ်ပတ်ချင်း ○ ၂နှစ် တကြိမ်
○ တစ်လ ၂ ကြိမ် ○ တစ်လ တစ်ကြိမ် ○ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်
23. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း
//

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် 2 (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလိုပါက၊ နောက်ထပ် စွဲရက်တွင်ရက် ဖြင့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

24. အလုပ်ရှင်၏အမည်။
//

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)
//

Table with 4 columns: b. ဖြို, c. ပြည်နယ်, d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်, 25. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

26. တစ်နာရီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမဟုတ်ဘဲ) \$ //
○ တစ်နာရီချင်း ○ တစ်ပတ်ချင်း ○ ၂နှစ် တကြိမ်
○ တစ်လ ၂ ကြိမ် ○ တစ်လ တစ်ကြိမ် ○ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်
27. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း
//

28. ယခင်နှစ်တင် သင် ○ အလုပ်ပြောင်းသလား ○ အလုပ်မှ ရပ်နားခဲ့သလား။ ○ နာရီလျော့ လုပ်ခဲ့သလား။ ○ အထက်ပါ အကြောင်းရာ တစ်ခုမှမဟုတ်။

29. အကယ်၍ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ပါက မွေးရက်၊ နှစ် နှင့် ဝ ကို ဖြေပါ။

a. အလုပ်အမျိုးအစား: //
b. အသားတင်ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစားရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ ညွှန်ကြားချက်တင် ကြည့်ပါ။ \$ //

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။

လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အခြားအာရှမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ဖော်နိုင်သည်။



30. **ယခုလအတွင်း ရေသာ တခြားဝင်ငွေ** သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးဖြည့်ပါ။ ရေသာပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။ မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။  **မှတ်ချက်။** ကေလးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊ စစ်မှုထမ်းခေဟောင်းများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလုံခြုံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

<input type="radio"/> အလုပ်အကိုင်မရှိ။ \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]	<input type="radio"/> ရရှိသော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပတ် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်) \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]
<input type="radio"/> ပင်စင် \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]	<input type="radio"/> စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးမွေးမြူခြင်းမှရသည့် အသားတင်ငွေ \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]
<input type="radio"/> လူမှုလုံခြုံရေး \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]	<input type="radio"/> ငှားရမ်းခြင်း / ပစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]
<input type="radio"/> အငြိမ်းစားဆုငွေ အကောင်အထည်များ \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]	<input type="radio"/> အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား [redacted] \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]

31. **ကုန်ကျစားရိတ်တက်ငွေများ** သက်ဆိုင်သည့်ကက်လပ်များအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဗဟိုဝင်ငွေခွန်တက်ငွေတွင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစားရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစားရိတ် ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။

သင်က ပေးဆောင်သော ကလေးထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် ကွန်ယက် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအတွက် သင့်ဖြေကြားချက်တွင် ထည့်ဖော် ပြထားပြီးဖြစ်သည့် ကုန်ကျစရိတ် (မေးခွန်း 29b) ကို မထည့်သွင်းပါနှင့်။

<input type="radio"/> ပချေခဲ့သော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပတ် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်) \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]	<input type="radio"/> ခြားကုန်ကျစားရိတ်များ အမျိုးအစား: [redacted] \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]
<input type="radio"/> ပညာသင်ကြားခြင်း-ချေးငွေ အတိုး \$ [redacted] အကြိမ်အရေအတွက် [redacted]	

32. **သင်၏ ဝင်ငွေသည် သင်က အလုပ်တစ်ခုတွင်သာ တစ်နှစ်၏ ကာလတစ်ခုမှာ အလုပ်ခဲ့ပြီး** လတချို့အတွက် အချို့သော ခံစားခွင့်များကို ရခဲ့ခြင်းကဲ့သို့ တစ်နှစ်အတွင်းမှာ ပြောင်းလဲခဲ့သော် ရေးဖြည့်ပေးပါ။ သင်၏ ဝင်ငွေသည် သင်က အလုပ်တစ်ခုတွင်သာ တစ်နှစ်၏ ကာလတစ်ခုမှာ အလုပ်ခဲ့ပြီး လတချို့အတွက် အချို့သော ခံစားခွင့်များကို ရခဲ့ခြင်းကဲ့သို့ တစ်နှစ်အတွင်းမှာ ပြောင်းလဲခဲ့သော် ရေးဖြည့်ပေးပါ။ သင်၏ လစဉ်ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲမည်ဟု မမျှော် လင့်လျှင်၊ နောက် တစ်ဦးစီကို ကျော်သွားပါ။ ➔

<b>ယခုနှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ</b> \$ [redacted]	<b>နောက်နှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (အကယ်၍အပြောင်းအလဲရှိမည်ဟုထင်လျှင်)</b> \$ [redacted] <input type="radio"/> အကယ်၍ သင့်ဝင်ငွေ ကို ခန့်မှန်းရန်ခက်သည်ဟုထင်လျှင် ဖြည့်စက်ပါ။
---	--

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ သင့်အကြောင်း သိဖို့ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။

# မဖြည့်ပါနှင့် အသိပေးရန် အတွက်မျှပါ။



စာမျက်နှာ 11 ၏ နံပါတ် 5

## အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 2

မှတ်ချက်။ ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ကျန်းမာရေး အာမခံမလိုပါက၊ ဤစာမျက်နှာရှိ မွေးခန်း 1-10 ကို ဖြည့်ပါ။ အကယ်၍ မိသားစု ၂ ဦး ထက် ပိုပါက စာမျက်နှာ 4-5 ကို မိတ္တူကူးပါ။

ဒီစာမျက်နှာကို သင်၏ အိမ်ထောင်ဘက်/ အေဖ်၊ အတူနေထိုင်သော သားသမီးများနှင့် ဗဟို ဝင်ငွေ အခွန်ပေးဆောင်သော လျှောက်လွှာတင် အမည် ပါသောသူများ အတွက် ဖြည့်ပါ။ သင်သည် အခွန်ပြန်တောင်းရန် ပုံစံ ၈ တင်လျှင်၊ သင်နှင့်အတူ နေထိုင်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များကို ထည့်ပေးရန် မမေ့ပါနှင့်။ အခွန်ခွင့်ပေးဆောင်ထားခြင်း မရှိလျှင် သင်နှင့် အတူ နေသော သူများ အားလုံးကို ထည့်သွင်း ဖော်ပြရမည် ကို သတိရပါ။

1. ပထမ နာမည်	အလယ် နာမည်	နောက်ဆုံး နာမည်	ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး
2. ပုဂ္ဂိုလ် နှင့် တော်စပ်ပုံ။ ညွှန်ကြားချက်များဆီ သွားပါ။	3. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ အိမ်ထောင်ရှိသလား။ <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ	4. မွေးနေ့ (လ/နေ့ /နှစ်) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	5. လိင် <input type="radio"/> မ <input type="radio"/> ကျား
6. လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]		★ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) ရှိပါက၊ သူ့အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်လိုပါက ဖြည့်ရန် လိုအပ်သည်။	
7. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ က ပုဂ္ဂိုလ် နှင့် နေရပ်လိပ်စာတူသလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ မတူပါက လိပ်စာကို ရေးပါ။ [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]			
8. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လာမည့်နှစ် အတွက် ဗဟို ဝင်ငွေခွန်ဆောင်ရန် အိမ်အစဉ်ရှိပါသလား။ ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ <input type="radio"/> မှန်ပါသည်။ မှန်လျှင် a မှ c အထိအားလုံးဖြေပါ <input type="radio"/> မှားပါသည်။ မှားလျှင် c အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။ ဖြေရောမလိုပါ။			
a. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အခွန်ဆောင်မည်လား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ ဆောင်မည်ဆိုပါက အိမ်ထောင်ဘက် ၏ အမည် ရေးပါ။ [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]			
b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အားမှီခိုနေထိုင်သူများကို အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်းမည်လား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ ထည့်သွင်းမည်ဆိုလျှင် မှီခိုသူများ ၏ အမည်ကိုရေးပါ။ [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]			
c. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကို မှီခိုသူအဖြစ် အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ပါဝင်မည်လား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ မှီခိုအဖြစ်ပါမည် ဆိုပါက ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ ၏ အမည် ရေးပါ။ [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ဘယ်လိုတော်စပ်သလဲ။ [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]			
9. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ a. ရှိသည် ဆိုပါက လက်ရှိကိုယ်ဝန် မှ မွေးဖွားလာမည့် ကလေး အရေအတွက် ဘယ်လောက်လဲ။ [ ]			
10. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီးကောင်းသော သို့မဟုတ် ပိုပြီး ဈေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များရှိနိုင်ပါသည်။) <input type="radio"/> ရှိသည်။ အာမခံရှိပြီး ဖြစ်ပါက အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။ <input type="radio"/> မရှိပါ။ အာမခံ မရှိပါက စာမျက်နှာ ၅ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်နှာတွင် ကျန်သော မေးခွန်းများကို ဖြေရောမလိုပါ။			
11. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်သည် ကိုယ်အင်္ဂါ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကြောင့် နေထိုင် လုပ်ကိုင် ဆောင်ရွက်မှုများ (ရေချိုးခြင်း၊ အဝတ်အစားလဲခြင်း၊ အိမ်မှုကိစ္စများလုပ်ကိုင်ခြင်း စသဖြင့်) တွင် အခက်အခဲ ရှိပါသလား။ ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး ကူညီစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သလိုဖြစ်ပါသလား။ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် လူအိုရုံတွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား? ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
12. သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားသို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုးဖြစ် ပါသလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
13. သင်သည် အမေရိကန်နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦး ကို မှီခိုပြီး နိုင်ငံသား ရထားသလား (ဤအချက်က များသောအားဖြင့် အမေရိကန်နိုင်ငံ ပြင်ပတွင် မွေးဖွားခြင်း ကို ဆိုလိုသည်) <input type="radio"/> ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည် ဆိုပါက မေးခွန်း ၁ နှင့် ၁ ကို ဖြည့်ပါ။ <input type="radio"/> မဟုတ်ဘူး။ မဟုတ်ဘူး ဆိုပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၄ ကိုဖြည့်ပါ။			
a. Alien နံပါတ် [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]		b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ် [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]	
14. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထား သော နေထိုင်မှု အခြေအနေ ရှိပါသလား။ <input type="radio"/> ရှိသည်။ တွရက်စတမ်း အမျိုးအစားနှင့် ID နံပါတ် ဖြည့်ပါ။ ညွှန်ကြားချက် များဆီ သွားပါ။ လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး တွရက်စတမ်း အမျိုးအစား : [ ][ ][ ][ ][ ] နံပါတ် အမျိုးအစား (ဖြေလိုမှဖြေပါ) [ ][ ][ ][ ][ ] လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး တွရက်စတမ်း တွင် ပါသည့် အတိုင်း ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်၏ နာမည် ကို ရေးပါ။ [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]			
Alien သို့မဟုတ် I-94 နံပါတ် [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]		ကဒ်နံပါတ် သို့မဟုတ် ခရီးသွား စာအုပ် နံပါတ် [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]	
SEVIS ID သို့မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (ဖြေလိုမှသာ ဖြေပါ) [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]		အခြား (အမျိုးအစားနံပါတ် သို့မဟုတ် ထုတ်ပေးသည့်နိုင်ငံ) [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]	
a. သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ၁၉၉၆ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သို့မဟုတ် ၎င်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘသည် စစ်မှန်ထမ်းပေးထား သို့မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်တွင် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
15. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လွန်ခဲ့သော ၃ လ မှ ပြီး ဆေးကုသမှု ကုန်ကျစားရိတ် ပေးရန် အတူအညီလိုအပ်နေသလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
16. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူနေပါသလား။ ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား (ဤကလေးငယ်ကို ဒုတိယပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်များက ကူညီစောင့်ရှောက်နေရလျှင် "ယူမည်" ဟုဖြေပါ။) ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
17. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်နှင့် အတူ နေသော အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေး များ အမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကို ပြောပြပါ။ (စာမျက်နှာ ၂ တွင်ပေးထားသော အမည်စာရင်းနှင့် တူနိုင်ပါသည်) [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]			
ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အသက် ၁၈ နှစ် သို့မဟုတ် အထက်တွင် ဖွားဖားခံဘုရား နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
ပုဂ္ဂိုလ် 2 မှာ 22 နှစ်ပြည့် သို့မဟုတ် ငယ်လျှင် အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးပါ-			
18. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အလုပ်ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသလား။ လွန်ခဲ့သော ၃ လ အတွင်း ၎င်းကို ဆုံးရှုံးခဲ့သလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			
a. ဟုတ်သည်ဆိုပါက ကုန်ဆုံးရက်စွဲ။ [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]		b. ကျန်းမာရေးအာမခံ ရပ်တန့် သွားသည့် အကြောင်းရင်း [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]	
19. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက်နေသော ကျောင်းသားလား။ ..... <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ			

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။

❓ လျှောက်ထားမှု အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အခြားအာရှမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၀၈၉-၄၃၂၅ ကို ဖော်နိုင်သည်။



ဆန္ဒရှိမှဖြေပါ။ (ဤအချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးခြင်းက အရည်အချင်းပြည့်မီမှု၊ အစီအစဉ်ရွေးချယ်မှုများ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်များအပေါ် သက်ရောက်မှု မရှိစေပါ။)

မိမိနှင့် ကိုက်ညီသောအချက်များကို ဖြည့်ပါ

21. လူမျိုး

- လူဖြူ ○ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အေမရိကန် ○ အေမရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်ဇကာမှဆင်းသက်လာသူ ○ ဖိလစ်ပိုင်လူမျိုး ○ ဂျပန်လူမျိုး ○ ကိုးရီးယားလူမျိုး
○ အရှင်နိင်မှ အိန္ဒိယလူမျိုး ○ တရုတ်လူမျိုး ○ ဗီယက်နမ် ○ တခြားအရှုလူမျိုး ○ ဟာဝိုင်းအိန္ဒိယဒေသခံလူမျိုး ○ ဝှမ်းကျန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး သို့မဟုတ် ချစ်မိုရို ○ စမိုအန်လူမျိုး
○ တခြား ဖိစိုက်ကျန်းမာမှု လူမျိုး ○ တခြား

အမဖြတ်တစ်ခုကို ရွေးပါ။

22. မွေးချိန်တွင် သတ်မှတ်ခဲ့သော လိင် (ပုဂ္ဂိုလ် 2 ၏ မွေးစာရင်းတွင် ရှာတွေ့နိုင်သည်)-

- မ ○ ကျား ○ အခြား

23. လက်ရှိ လိင်-

- မ ○ ကျား ○ လိင်ပြောင်း အမျိုးသမီး ○ လိင်ပြောင်း အမျိုးသား ○ အခြား အသုံးအနှုန်း

24. င်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု-

- လိင်နှစ်ဘက်ချွန် ○ လိင်တူချစ် အမျိုးသမီး သို့မဟုတ် အမျိုးသား ○ ပုံမှန်သူ (လိင်တူချစ် အမျိုးသမီး သို့မဟုတ် အမျိုးသား မဟုတ်သူ)
○ ကွဲပြားသော အသုံးအနှုန်း

အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 2

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ရဲ့ ဝင်ငွေ အကြောင်းပြောပြပါ။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အွတ်က ကျန်းမာရေးအာမခံ မလိုလျှင်တောင် ဒီစာမျက်နှာကို ဖြည့်ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

- အလုပ်အကိုင်ရှိ။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေပါက သူ/ သူမ၏ ဝင်ငွေ အကြောင်း အချက် (22) မှ စတင်ပါ။ ○ အလုပ်လက်မဲ့။ မွေးခန်း အချက် (32) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။ ○ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း အချက် (31) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၁။

22. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

Table with 4 columns: b. ဖြို, c. ပြည်နယ်, d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်, 23. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

- 24. တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမ ဖဆောင်မိ) \$ ... ○ တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမ ဖဆောင်မိ) ○ တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမ ဖဆောင်မိ)
25. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၂ (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလိုပါက၊ နောက်ထပ် တွေ့ရက်တွင်ဖြင့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

26. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

Table with 4 columns: b. ဖြို, c. ပြည်နယ်, d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်, 27. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

- 28. တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမ ဖဆောင်မိ) \$ ... ○ တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနေမ ဖဆောင်မိ)
29. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

30. ယခင်နှစ်တင် ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ○ အလုပ်ပြောင်းသလား ○ အလုပ်မှ ရပ်နားခဲ့သလား။ ○ နာရီလျော့ လုပ်ခဲ့သလား။ ○ အထက်ပါ အကြောင်းရာ တစ်ခုမှမဟုတ်။

31. ဒုတိယပုဂ္ဂိုလ် သည် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူဖြစ်လျှင် a နှင့် b ကို ဖြေပါ။

- a. အလုပ်အမျိုးအစား
b. အသားတင်ဝင်ငွေ (ဇွဲးဟားရေးအွတ်က ကုန်ကျစာရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အွတ်က ဒီကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ ညွှန်ကြားချက်များဆီ သွားပါ။ \$

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။



32. **ယခုလအတွင်း** ရေသာ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ရေသာ တခြားဝင်ငွေ။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးဖြည့်ပါ။ ရေသာပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။ မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။  **မှတ်ချက်။** ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ကေးလေးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊ စစ်မှန်ထမ်းပေးထားမှုများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလိုခြံရေးငွေမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများ (SSI) ကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

<input type="radio"/> အလုပ်အကိုင်မရှိ။ \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> ရရှိသော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပတ် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်) \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>
<input type="radio"/> ပင်စင် \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးမွေးမြူခြင်းမှရသည့် အသားတင်ဝင်ငွေ \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>
<input type="radio"/> လူမှုလိုခြံရေး \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> ငှားရမ်းခြင်း / ဝစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>
<input type="radio"/> အငြိမ်းစားစုငွေ အကောင်များ \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> အခြားဘောင်ဝင်ငွေ အမျိုးအစား <input type="text"/> \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>

33. **ကုန်ကျစားရိတ်တက်ငွေများ** သက်ဆိုင်သည့်ကက်လပ်များအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဗဟိုပင်စင်ငွေခွန်တက်ငွေတင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစားရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစားရိတ် ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။  
ပုဂ္ဂိုလ် 2 က ပေးဆောင်သော ကလေးထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် ကွန်ယက် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအတွက် သင့်ဖြေကြားချက်တွင် ထည့်ဖော်ပြထားပြီးဖြစ်သည့် ကုန်ကျစရိတ် (မေးခွန်း 31b) ကို မထည့်သွင်းပါနှင့်။

<input type="radio"/> ပေးချေခဲ့သော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပတ် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်) \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> ခြားကုန်ကျစားရိတ်များ အမျိုးအစား: \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>
<input type="radio"/> ပညာသင်ကြားခြင်း-ချေးငွေ အတိုး \$ <input type="text"/> အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	

34. **တစ်နှစ်တာ အတွင်း ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ဝင်ငွေ အခြားလဲရှိမှု၊ တစ်နှစ်တာလုံးမလုပ်ခြင်း** သို့ မဟုတ် လအနည်းငယ် အတွက်ပဲ အကျိုးမြတ် ရရှိခြင်းဖြစ်ပါက ဒီဗျေးခန်း ကိုဖြေပါ။ ပုဂ္ဂိုလ် 2 သည် ၎င်း၏ ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲမည် ဟု မျှော်လင့်မထားလျှင်၊ နောက်တစ်ဦးဆီသို့ ကျော်သွားပါ။

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ <b>ယခုနှစ်</b> အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ \$ <input type="text"/>	ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ <b>နောက်နှစ်</b> အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (ကွဲပြားမည်ဟုယူဆပါက) \$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> အကယ်၍ သင့်ဝင်ငွေ ကို ခန့်မှန်းရန်ခက်သည်ဟုထင်လျှင် ဖြည့်စက်ပါ။
--	---	---

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ အကြောင်း သိဖို့ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။





# အဆင့် 3။ အေမရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလားစကား တိုင်းရင်းသား (AI/AN) အိမ်ထောင်မိသားစုဝင်များ

1. သင်သို့မဟုတ် သင်၏ မိသားစုဝင်များသည် အေမရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလားစကား တိုင်းရင်းသားများဖြစ်ပါသလား?  
 မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက အဆင့် ၄ ကို ဖြေပါ။  ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက အဆင့် ၄ နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ၈ ကို ဖြေပြီး ဒီလျှောက်လွှာ တွင် တင်ပါ။

## အဆင့် 4။ သင်မိသားစု ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု

1. ဤ လျှောက်လွှာတင်ပါသော သူ တစ်ဦးဦး ကွ လန်ဒ်ဒေါ် ရက် ၉၀ အတွင်း Medicaid သို့မဟုတ် ကောလကျန်းမာရေးအာမခံ ပရိုဂရမ် (CHIP) ကို လျှောက်ထားရန် သတ်မှတ်ချက် စံနှုန်း မပြည့်မီဖြစ်ခဲ့သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် ကြောင့် မဟုတ်ပဲ ပြည်နယ် အရ စံနှုန်းမညီညွတ်ပါက ဟုတ်သည် ကိုရှေး ရှယ်ပါ။) .....  ယူမည်  မယူပါ  
 မည်သူနည်း: [Redacted]
- သို့မဟုတ်၊ ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်ယောက်ယောက်သည် လူဝင်မှု အခြေအနေ တရု ကြောင့် လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း Medicaid သို့မဟုတ် CHIP ရရှိစားခွင့် မရှိခဲ့သောသူ ရှိပါသလား? .....  ယူမည်  မယူပါ  
 မည်သူနည်း: [Redacted]
- ဤ လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်ယောက်ယောက်သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန ဖွင့်လှစ်သည့် ကာလအတွင်း သို့မဟုတ် တာဝန်အောင်မြင်မှု ရရှိပြီးနောက်ပိုင်း တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်ကို ဝယ်ဖူးသူ ရှိပါသလား? .....  ယူမည်  မယူပါ  
 မည်သူနည်း: [Redacted]
2. ဤ လျှောက်လွှာတင်ပါသော တစ်စုံတစ်ဦးကို အလုပ်မှပေးသောကျန်းမာရေး အာမခံရှိပါသလား။ အာမခံသည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အလုပ်မှ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိသားစု ရပါက ထိုအာမခံကို လက်ခံလျှင်တောင် ရှိသည့်ဟုဖြေပါ။ ကမ်းလှမ်းပေးထားသည့် အာမခံမှာ COBRA တစ်ခုတည်းဖြစ်လျှင် မဟုတ်ဟု မှတ်ပေးပါ။  
 ရှိသည်။ နောက်ဆက်တွဲ က ကို ဆက်ဖြည့်ပါ။  မရှိပါ။  
 ဟုတ်လျှင်၊ ၎င်းမှာ အစိုးရ၏ လုပ်သား အကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်လား။ .....  ယူမည်  မယူပါ  
 လျှောက်လွှာထဲတွင် ဖော်ပြထားသူ တစ်ဦးဦးအား ကျန်းမာရေးလျော်စိုက်ပေးရေး အစီအစဉ် (Health Reimbursement Arrangement - HRA) သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့် အသေးစား အလုပ်ရှင် HRA (Qualified Small Employer HRA - QSEHRA) အရ အာမခံကို ကမ်းလှမ်းပေးပါသလား? .....  ယူမည်  မယူပါ
3. တစ်ယောက်ယောက်က လက်ရှိမှာ ကျန်းမာရေး အာမခံ စာရင်းသင်းထားပြီးလား။  
 ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက မွေးခန်း 4 သို့ ဆက်ပါ။  မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မွေးခန်း 5 သို့ ကျော်ပါ။
4. လက်ရှိကျန်းမာရေး အာမခံ အကြောင်း (လူ ၂ ဦးထက်ပိုပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါက ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူကူးပါ) အာမခံ အမျိုးအစားကို ရေးပါ။ အလုပ်ရှင်မှပေးသော အာမခံ၊ COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA health care program, Peace Corps သို့မဟုတ် အခြား (အကယ်၍ သင့်မှာ Direct Care သို့မဟုတ် Line of Duty ရှိပါက TRICARE အကြောင်း မပြောပါနှင့်။)

ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် သွင်းထားသူအမည်  
 [Redacted]

ကျန်းမာရေးအာမခံ အမျိုးအစား  
 အလုပ်ကပေးသော အာမခံ  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  VA health care program  Peace Corps  အခြား

အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ဖြစ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ က ကိုလဲ ဖြည့်ရန်လိုသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် [Redacted]	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် [Redacted]
တခြား အာမခံဖြစ်ပါက <input type="radio"/> အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။ ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် [Redacted]	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် [Redacted]

ကန့် သတ်ချက်ပါသော အာမခံလား။ ကျောင်းမှ ပေးသောထိခိုက် ဒဏ်ရာ ပေါ်လစီကဲ့သို့။ .....  ယူမည်  မယူပါ

ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် သွင်းထားသူအမည်  
 [Redacted]

ကျန်းမာရေးအာမခံ အမျိုးအစား  
 အလုပ်ကပေးသော အာမခံ  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  VA health care program  Peace Corps  အခြား

အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ဖြစ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ က ကိုလဲ ဖြည့်ရန်လိုသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် [Redacted]	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် [Redacted]
တခြား အာမခံဖြစ်ပါက <input type="radio"/> အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။ ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် [Redacted]	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် [Redacted]

ကန့် သတ်ချက်ပါသော အာမခံလား။ ကျောင်းမှ ပေးသောထိခိုက် ဒဏ်ရာ ပေါ်လစီကဲ့သို့။ .....  ယူမည်  မယူပါ

လျှောက်ထားရန် အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အခြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်သည်။



အဆင့် 5: သင်၏ သေဘာတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်။

1. လာမည့် ၅ နှစ်အတွင်း ဝင်ငွေအခွန်ဆောင်မှုများ အပါအဝင် သင့်ဝင်ငွေအချက်အလက်များ အား Marketplace ကိုသုံးစွဲခွင့်ပေးဖို့ သဘောတူသလား။.....  ယူမည်  မယူပါ

မဟုတ်ပါက ကျွန်ုပ် အချက်အလက်များကို လာမည့်နှစ်များ အတွက် အလိုအလျောက် အသစ်တင်ပါ။  5 နှစ်  4 နှစ်  3 နှစ်  2 နှစ်  1 နှစ်

ကျွန်ုပ်၏ အခွန် အချက်အလက်များကို သုံးပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံ အသစ်ပြန်လုပ်ဖို့ အတွက် ကူညီ ပေးဖို့ မသုံးပါနှင့်။ (ဤရုံးချယ်မှုက သင့် အာမခံ ကို အသစ်ပြန်လည် ပေးဖို့ အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည်။)

2. ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက ထောင်ကျ(အထိန်းသိမ်းခံ သို့မဟုတ် အကျဉ်းကျခံ) ဖူးသလား။ .....  ယူမည်  မယူပါ

ကျန်းမာရေးအာမခံ အမည်ကို ရေးပါ။ အကျဉ်းကျခံမှုအစီအစဉ် အမည်သည်



အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားစွဲဆိုချက်များနှင့် ရင်ဆိုင်နေရပါက ဒီနေရာတွင် ဖြည့်ပါ။

သင်၏ လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်စုံတစ်ယောက် သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ တဆင့်လျှောက်ပြီး နောက်ပိုင်းမှ ထိုသူသည် အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် တစ်ခုခု (Medicare, Medicaid နှင့် CHIP ကဲ့သို့သော) ကို ရရှိ ခံစားခွင့် ရှိကြောင်း သိရှိရလျှင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာနသည် ထိုသူ၏ ခံစားခွင့် များကို အလိုအလျောက် အဆုံးသတ်မည်ဖြစ်သည်။ ဤအချက်က အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် တစ်ခုခု ကို ရရှိသူ သည် ကျန်းမာရေးအရောင်းဌာန ၏ အထောက်အပံ့ကို ရရှိနိုင်မည် မဟုတ်ဘဲ ကျသင့်သောစရိတ်ကို အပြည့်ပေးရန် ဖြစ်သည်။

- ဤအခြေအနေမျိုး ရှိခဲ့လျှင် ကျန်တော်/ကျန်းမာ တို့၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော ထိုသူအား ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အဆုံးသတ်ခြင်းကို သဘောတူပါသည်။
- ဤအခြေအနေမျိုး ရှိခဲ့လျှင် ကျန်တော်/ကျန်းမာ တို့၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော ထိုသူအား ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အဆုံးသတ်ခြင်းကို ခွင့်မပြုနိုင်ပါ။

ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက Medicaid ရသလား။

- သင့်လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ စိစစ်ပြီးနောက်တွင် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အသိပေးစာကို သင့်ရရှိပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အတွက် ကျန်းမာရေး ကုန်ကျမှု ငွေ အကူအညီရရန် တခြားကျန်းမာရေးအာမခံ၊ ဥပမာအားဖြင့် ဆိုင်ရာ သေဘာတူညီခိုင်းမှု၊ သို့မဟုတ် တတိယပါတီ မှတဆင့် တောင်းခွင့်ကို Medicaid အေဂျင်စီ အား ပေးသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘ အတွက် ပါ ကျန်းမာရေး အထောက်အပံ့ ပယ်ယူရရှိရန် Medicaid အေဂျင်စီအား ခွင့်ပြုသည်။
- ဤလျှောက်လွှာတွင်ပါသော ကေလးတစ်ဦးဦး ၏ မိဘက အိမ်အပြင်တင် နေထိုင်သလား။ .....  ယူမည်  မယူပါ
- ရှိပါက၊ ထိုမိဘအား ကျန်းမာရေးအထောက်အပံ့ပေးမည့် အေဂျင်စီနှင့် ပူးတွဲဆွေးနွေးရန်၊ မေးမြန်းခံရမည်ကို သိပါသည်။ အကယ်၍ ထိုပူးတွဲဆွေးနွေးရန်မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် သို့မဟုတ် ကေလး အတွက် ထိခိုက်နစ်နာမှုရှိနိုင်သည့် ဟုယူဆလျှင် Medicaid ကို အကြောင်းကြားပြီး ကျွန်ုပ်တို့ပူးတွဲဆွေးနွေးရန်မပြုရန်ပြင်းဆိုနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤလျှောက်လွှာ ပံ့ပိုးမှုများကို အမှန်အတိုင်း ဖြေဆိုထားကြောင်း ကျမ်းကျိန် ဖန်ခံကတိပြုသည့် အနေဖြင့် လက်မှတ်ထိုးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤလျှောက်လွှာ ပါ အခြေအနေကို သိလျက်နှင့် ရှည်ရှည်ချက်ချီစာ လိမ္မော်ခြေဆိုပါက ဖက်ဒရယ် တရားဥပဒေအရ အရေးယူခံရမည်ဖြစ်သည်ကို သိရှိပါသည်။
- လျှောက်လွှာတွင်ဖြည့်ထားသော အချက်အလက်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကြောင်းပြောခြင်းဖြင့် ပြည်ပနိုင်ငံနှင့် မတူရှိပါက Marketplace ကိုရက်ပုံပုံ အတွင်း အကြောင်းကြားရန် လိုကြောင်းသိပါသည်။ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) သို့ မဟုတ် ဖုန်း 1-800-318-2596 ကို ဆွက်သယ်နိုင်ကြောင်း သိပါသည်။ ၎င်းပြောရန်လိုအပ်သည့် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များအတွက် ရရှိခွင့် များ အပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ကြောင်းသိပါသည်။
- ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ ငွေဖားရောင်၊ လိင်အမျိုးအစား၊ အသက်၊ မသွန်စမ်းမှုများ နှင့် ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း တို့ခွင့်မပြုကြောင်းသိပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည့် အကြောင်း တိုင်ကြားလိုပါက [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint) မှတဆင့် တိုင်နိုင်သည်။
- လျှောက်လွှာတွင်ဖြည့်ထားသော အချက်အလက်များ ကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိခွင့် နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ရန် အာမခံကြေးငွေ ကူညီပေးရန်(တောင်းဆိုပါက) နှင့် Marketplace ပရိုကမ်များ၏တရားဥပဒေဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များ အတွက် အသုံးပြုမည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်ထားဖို့ သင့်အဖွဲ့ချယ်ပါက ဤ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး သင့် အတွက် ရရှိခွင့်ကို စစ်ဆေးမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အဖွဲ့ချယ်များကို ဖြည့်တင်အဖွဲ့ချယ်များစီးဒွား(IRS) လူမှုပုံနှိပ်ရေး၊ အိုးအိမ် ကွက်ကယ်ရေး ဌာန၊ နှင့် / သို့မဟုတ် စားသုံးသူများ ၏ အချက်အလက် များစုဆောင်း သတင်းပို့ သည့် အေဂျင်စီ စသည့် ဌာနများ ၏ အချက်အလက် သိမ်းဆည်းထားသည့် အီလက်ထရောနစ် စာရင်းများတွင် ပြန်လည်စစ်ဆေးပါမည်။ မကဲကဲညီသော အချက်အလက်များအတွက် သက်သေအထောက်ထားများ ပြုရန် သင့်ကို တောင်းဆိုမည်။

အကယ်၍ ကျန်တော်/ကျန်းမာ ၏ ခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ မှားယွင်းခဲ့သော ဘာလုပ်ရမည်နည်း?

သင့်ရရှိခွင့်နှင့် ပတ်သက်ပြီး သေဘာတူပါက၊ ကိစ္စအများစုတွင် အယူခံပွင့်ခွင့်တောင်းနိုင်သည်။ သင်၏ ပါဝင်ခွင့် အသိပေးစာကို ဖတ်ရှုချက် အာမခံအတွက် လျှောက်ထားသည့် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးစီနှင့် ကိုက်ညီသည့် အယူခံရေး ညွှန်ကြားချက်များကို အယူခံရေးကို တောင်းဆိုရန် ကျန်နေသည့် ရက်များ အပါအဝင်ကို ရှာကြည့်ပါ။ အယူခံပွင့်ခွင့်လျှောက်ထားရာတွင် စဉ်းစားသင့်သော အရေးကြီးသည့် အချက်အလက်များ က ဒီမှာပါ။

- အယူခံပွင့်ခွင့် တစ်စုံတစ်ဦးကို သင့်ကိုယ်စား ပါဝင်ဖို့ ဆန္ဒရှိပါက တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ထိုသူသည် သူငယ်ချင်း၊ ငွေဆု၊ ရှေ့ နေ သို့မဟုတ် တခြားသော ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်နိုင်သည်။ သို့မဟုတ် သင့်ဘာသာ အယူခံပွင့်ခွင့်ကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
- အယူခံပွင့်ခွင့်ကို တောင်းဆိုပါက အယူခံ အတွက် ဆိုင်းနာကလေးတွင် သင့်ကျန်းမာရေး အာမခံကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခွင့် ရကောင်းရလိမ့်မည်။
- အယူခံပွင့်ခွင့်ရလဒ်က သင့်မိသားစုဝင် များရဲ့ ရရှိခွင့် အပေါ် လဲ အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။

Marketplace ၏ ရရှိခွင့် အတွက် အယူခံပွင့်ခွင့် [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/) ကိုသားပါ။ သို့မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၀၂-၂၅၉၆ ကိုဆက်ပါ။ ဖုန်းဖြင့် -- Marketplace Call Center နံပါတ် 1-800-318-2596 အကြားအာရုံပေးကောင်းသူဖြစ်ပါက 1-855-889-4325 ကို ခေါ်နိုင်သည်။ အယူခံပွင့်ခွင့် လျှောက်ထားခြင်းပုံစံ သို့မဟုတ် သင့်ဘာသာရေးအာမခံထားသော စာကို စာတိုက်မှ တဆင့် Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. သို့မဟုတ် နိုင်ငံခြား ငြင်းပယ်ခြင်းခံရပါက Marketplace မှ တဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံပွင့်ခွင့်၊ စာရင်းသင်းသည် အချိန်ကာလ၊ အခွန်ခရက်တစ်၊ စားရိတ်ပေးမှုစနစ်ဖြင့် ဖျားလျှော့ပေးခြင်း၊ Medicaid နှင့် CHIP တို့ကို လျှောက်ထားဖို့ အယူခံပွင့်ခွင့်သည်။ အခွန်ခရက်တစ် အတွက် သို့မဟုတ် စားရိတ်ပေးမှု စနစ်ဖြင့် လျှော့ပေးသည့် စနစ် ရရှိခွင့်ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ ပေးထားသည့် ဖာက နှင့် ပတ်သက်ပြီး အယူခံ ပွင့်နိုင်သည်။ သင့်နေထိုင်သောပြည်နယ်အပေါ် မူတည်ပြီး Marketplace မှတဆင့် အယူခံပွင့်ခြင်း သို့မဟုတ် Medicaid နှင့် CHIP အေဂျင်စီမှ တဆင့် အယူခံပွင့်ခွင့် လျှောက်ထား နိုင်ပါသည်။

ပုဂ္ဂိုလ် ၁ က ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။ အကယ်၍ သင့်ကွ ခွင့်ပြုချက်ရက်ယံစားလှယ်ဖြစ်ပြီး ပုဂ္ဂိုလ် ၁ က Appendix C တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားပါက သင် ဒီနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။

လက်မှတ် လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ(လ/နေ့/နှစ်)

အကယ်၍ လျှောက်လွှာလက်ခံ သည့်ကာလ (နိုဝင်ဘာ 1 ရက် နှင့် ဇန်နဝါရီ 15 ရက် အကြားမှာ) ၏ ပြင်ပချိန်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုး ထားပါက နောက်ဆက်တွဲ ယ ကိုကြည့်ပါ။ ("ဘဝအခြေအနေအပြောင်းလဲ ဆိုင်ရာ မွေးခန်းများ")။

❓ လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀၂-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀၂-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံပေးကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၄-၄၄၂၅ ကို ခေါ်နိုင်သည်။



# အဆင့် 6: ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာကို စာတိုက်မှပို့ ပါ။



လက်မှတ်ထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို  
**Health Insurance Marketplace**  
**Dept. of Health and Human Services**  
**Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**



ဆန္ဒမဲပေးလိုပါက၊ မဲပေးဖို့ စာရင်းသင်းသည် ပုံစံလွှာကို [Vote.gov](http://Vote.gov) တွင်ဖြည့်ပါ။

## အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အတွက် အကူအညီတောင်းခြင်း

အကယ်၍ သင့် အတွက် သို့မဟုတ် သင် အကူ အညီပေး နေသူ တစ်ဦး အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ ဈေးကွက်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများ မေးလိုပါက၊ သင့်မိခင် ဘာသာစကားဖြင့် မေးမြန်းပြောဆို ဖို့ အခမဲ့ အကူအညီ တောင်းခံခွင့်ရှိ ပါသည်။ ဘာသာပြန်များနှင့် ပြောဆိုရန် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၈ ၂၅၉၆ ကို ခေါ်ပါ။

ဘာသာပြန်ရနိုင်သော ဘာသာစကားများ နှင့် အထက်ပါ ကြေငြာချက်ကို ဘာသာပြန်ထားသည့် ဘာသာစကားများ စာရင်း အတွက် ဒီနေ့စွဲတွင် ကြည့်ပါ။

### Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-318-2596.

### 中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

### tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên gọi số 1-800-318-2596.

### 한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace®)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

### العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

### Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace®), rele 1-800-318-2596.

### Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace®, tumawag sa 1-800-318-2596.

**PRA Disclosure Statement:** စာတိုက်စာတမ်းလျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အသိပေးချက်၊ ဝေဖန်မှု တင်ပြမှုမှတစ်ဆင့် စာတိုက်စာတမ်း လျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အသက်ရှိသော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ် ၀၅၀၀-၅၇၀၀ ကို ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ကြေငြာခြင်း ပြုလုပ်ရန်မလိုပါ။ ယခုအချက်အလက်ကောက်ယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ်မှာ ၀၅၀၀-၅၇၀၀ ဖြစ်သည်။ အချက်အလက် ကောက်ယူရန်ကြာမြင့်ချိန်မှာ လူတစ်ဦးလျှင် ဖုန်းမျှ ၄၅မိနစ်ဖြစ်သည်။ ထို ၄၅မိနစ်တွင် ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်သုံးသပ်ခြင်း၊ လက်ရှိအချက်အလက်များကို ရှာဖွေခြင်း လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ရယူခြင်း နှင့် အပြီးသပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ခြင်း များပါဝင်သည်။ အချိန်ခန့်မှန်းခြေ တိကျမှု သို့မဟုတ် ဤ ဖောင်ပြည့်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကြံပြုလိုပါက အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူပြီး စာရေးအကြံပြုနိုင်သည်။ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အတွက် အကူအညီတောင်းခြင်း (ရှေ့ဆက်ရန်)

## Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

## Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace® (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

## Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

## Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

## ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

## Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

## Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace®), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596.

## 日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplace®に問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

**PRA Disclosure Statement:** စာရက်စာတမ်းလျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အသိပေးချက်၊ ဝေဖန်ချက်၊ တင်ပြချက်သော စာရက်စာတမ်း လျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အသက်ရှိသော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ် ၀-၀၀၀-၀၀၀-၀၀၀ ကို ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ကြော်ငြာခြင်း ပြုလုပ်ရန်မလိုပါ။ ယခုအချက်အလက်ကောက်ယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ်မှာ ၀၉၃၈၁-၁၁၉၁ ဖြစ်သည်။ အချက်အလက် ကောက်ယူရန်ကြာမြင့်ချိန်မှာ လူတစ်ဦးလျှင် ပျမ်းမျှ ၄၅ မိနစ်ဖြစ်သည်။ ထို ၄၅ မိနစ်တင် ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်သုံးသပ်ခြင်း၊ လက်ရှိအချက်အလက်များကို ရှာဖွေခြင်း လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ရယူခြင်း နှင့် အပြီးသပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ခြင်း များပါဝင်သည်။ အချိန်ခန့်မှန်းခြေ တိကျမှု သို့မဟုတ် ဤ အောင်မြင်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကြံပြုလိုပါက အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူပြီး စာရေးအကြံပြုနိုင်သည်။ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



# နောက်ဆက်တွဲ A: လုပ်ငန်းခွင်မှပေးသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု

အကယ်၍ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦး အား သူ၏ အလုပ်မှ ရနိုင်ခင် မရှိပါက၊ အဆိုပါ အာမခံကို လက်မခံလျှင်တောင်မှ ငွေကြေးခန်းများအား ဖြေရှင်းမလိုပါ။ အဆိုပြု ထားသည့် အာမခံမှာ COBRA တစ်ခုတည်း ဖြစ်ပါက သင်သည် ဤမေးခွန်းများကို ဖြေကြားရန် မလိုအပ်ပါ။ အလုပ် တစ်ခုစီမှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များကို မိတ္တူဆွဲပြီး တွဲတင်ပါ။

## ကျန်းမာရေးအာမခံ ပေးသော အလုပ် အကြောင်း ပြောပြပါ။

ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူဆွဲပြီး အာမခံပေးသည့် အလုပ်ရှင်ထံသို့ ယူသားကာ မေးခွန်းများအား ကူဖြေဆိုခိုင်းပါ။

### ၀န်ထမ်း ၏ အချက် အလက်

1. ၀န်ထမ်း ၏ အမည် (ပထမအလယ်၊ နောက်ဆုံး)	2. ၀န်ထမ်း ၏ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### အလုပ်ရှင်၏ အချက်အလက်

3. အလုပ်ရှင်/ ကုမ္ပဏီ အမည်	
<input type="text"/>	
4. အလုပ်ရှင်၏ မှတ်ပုံတင် အမှတ် (EIN)	5. အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ်
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ယခု ... ၀န်ထမ်း ၏ အကျိုးခံစားခွင့် များနှင့် ပတ်သက်ပြီး စီမံခန့်ခွဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် ဌာန နှင့် ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ရေးပါ။ ကျန်ပ်တို့ က သိလိုသည်များ ရှိပါက အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ် ကို ဆွက်သယ်ပါလိမ့်မည်။

6. ၀န်ထမ်း ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ နှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆက်သွယ်နိုင်မည့် ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် ဌာန။		
<input type="text"/>		
7. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် က ဒီလိပ်စာသို့ အကြောင်းကြား စာပို့ နိုင်ပါသည်)		
<input type="text"/>		
8. မြို့နယ်	9. ပြည်နယ်	10. နယ်မြေအမှတ်
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ဖုန်းနံပါတ် (အပေါ်မှဖုန်းနှင့် မတူပါက)	12. အီးမေးလ်လိပ်စာ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. လုပ်သားအား ကမ်းလှမ်းထားသည့် ကျန်းမာရေး အာမခံမှာ ဤအလုပ်ရှင် ထံမှ ဖြစ်ပါသလား။ သူတို့အားလုံးထံတွင် လာမည့် လဆန်းပိုင်းတွင်၊ သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းမှု ဖွင့်ထားချိန် အတွင်းမှာ ဆိုလျှင် ဇန်နဝါရီ 1 ရက်တွင် အာမခံ ကမ်းလှမ်းချက် ရှိမှသာ “ဟုတ်ကဲ့”ဟု ရွေးပါ။ (နိုဝင်ဘာ 1 - ဇန်နဝါရီ 15)

ရရှိမယ် ဆိုပါက (ရှေ့ ဆက်ရန်)       မရနိုင်ပါ (အလုပ်ရှင် ။ ရပ်ပြီး ဒီလျှောက်လွှာကို ၀န်ထမ်းသို့ ပြန်ပေးပါ)   
    **၀န်ထမ်း ။** သင့် လျှောက်လွှာကို ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် သို့ ပြန်ပေးပါ။

ဤ အလုပ်ရှင် က ၀န်ထမ်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မှီခို(များ) အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ ပေးထားပါသလား။

ပေးပါသည်။ ပေးလျှင် မည်သူ့ ကို ပေးထားသလဲ။       အိမ်ထောင်ဘက်       မှီခိုသူ (များ)       မပေးပါ (မေးခွန်း ၁၄ သို့ ဆက်ပါ)

ဤ အလုပ်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို ရရန် သတ်မှတ်ချက် စံချိန်ပြည့်မီသည့် ၀န်ထမ်း၏ မိသားစုဝင်များ အမည်ကို ရေးပါ။

အမည်

အမည်

အမည်

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။



ဤအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းသော တန်ဖိုးအနည်းဆုံး ကျန်းမာရေးအစီအမံ အကြောင်းပြောပြပါ။

14. အလုပ်ရှင် ကမ်းလှမ်းသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ သည် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသလား\*

- ကိုက်ညီသည် (မေးခွန်း ၁၅ သို့ သွားပါ)
- မကိုက်ပါ (ရပ်ငြိ။ ဒီပုံစံလွှာကို အလုပ်သမားအားပြန်ပေးပါ)

15. အလုပ်ရှင်ပေးသော အာမခံများအနက် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ\* အတွက် ဝန်ထမ်း က မည်မျှ ပေးဆောင်ရမည်နည်း။ မိသားစု အစီမံများအတွက် ထည့်ပွတ်ပါနှင့်။

a. ဝန်ထမ်းမှ ပေးရမည့် ကျန်းမာရေး လစဉ်ကြေးငွေ၊ \$

မှတ်ချက်။ ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် အလုပ်သမားမှ ပေးနိုင်သည့် အနိမ့်ဆုံး ပမာဏကိုရေးပါ။

- b. ဝန်ထမ်းမှ ဤ ပမာဏကို ပေးမည်။  အပတ်စဉ်  ဥပတ်တစ်ကြိမ်  တစ်လ နှစ်ကြိမ်  တစ်လ တစ်ကြိမ်  သုံးလ တစ်ကြိမ်  တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

16. အခြား အိမ်ထောင်စုဝင်များကို မေးခွန်း 13 တွင် စာရင်းပေးထားလျှင်- အလုပ်သမားနှင့် မေးခွန်း 13 တွင် စာရင်းပေးထားသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များ ပါဝင်မည့် ကုန်ကျမှု-အနည်းဆုံး အစီအစဉ် အတွက် အလုပ်သမားက မည်သို့ ပေးချေမည်နည်း? အလုပ်ရှင်က ကျန်းမာပျော်ရွှင်ရေး အစီအစဉ်များကို စီစဉ်ပေးထားလျှင်၊ ဆေးရွက်သုံးစွဲမှု ရပ်စဲရေး အစီအစဉ် တစ်ခုခုအတွက် အလုပ်သမားက အများဆုံး လျှော့စျေးကို ရရှိလျက် ကျန်းမာပျော်ရွှင်ရေး အစီအစဉ်များကို အခြေခံထားသည့် အခြားလျှော့စျေးများကို မရယူမည်ဆိုပါက အလုပ်သမားမှ ပေးချေနိုင်သည့် ပရီမီယံကြေးကို ရိုက် ထည့်ပေးပါ။

a. ဝန်ထမ်းမှ ပေးရမည့် ကျန်းမာရေး လစဉ်ကြေးငွေ၊ \$

- b. ဝန်ထမ်းမှ ဤ ပမာဏကို ပေးမည်။  အပတ်စဉ်  ဥပတ်တစ်ကြိမ်  တစ်လ နှစ်ကြိမ်  တစ်လ တစ်ကြိမ်  သုံးလ တစ်ကြိမ်  တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

\* ကျန်းမာရေးအစီမံ တစ်ရပ်သည် အနိမ့်ဆုံးတန်ဖိုး သတ်မှတ်ချက် စံချိန်စံနှုန်းထားနှင့် ကိုက်ညီအောင် သတ်မှတ်ထားသော လူဦးရေ အတွက် အနည်းဆုံး ဆေးဝါးကုသမှုကုန်ကျစားရိတ် ၆၀% ကို ပေးပြီး၊ အရေးကြီးသည့် ဆေးရုံများ နှင့် ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်ကုသခြင်းများ အတွက် ပေးဆောင်ရပါမည်။



## နောက်ဆက်တွဲ B



# နောက်ဆက်တွဲ C: ဤလျှောက်လွှာ ကိုဖြည့်စွက်ရန်အကူအညီပေးခြင်း

## လျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်ပြီး လက်မှတ်ရ အကြံပေးများ၊ လမ်းညွှန်သူများ၊ အေးဂျင့်များနှင့် ပွဲစားများအတွက်သာ

လျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်ပြီး လက်မှတ်ရ အကြံပေးများ၊ လမ်းညွှန်သူများ၊ အေးဂျင့်များ သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦး အတွက် လျှောက်လွှာအားဖြည့်ပေးသည့် ပွဲစားများဖြစ်ပါက ဤအပိုင်းကို ဖြည့်ပါ။

1. စတင် လျှောက်ထားသည့် နေ့စွဲ(လ/နေ့/နှစ်)

2. ပထမအမည်၊ အလယ်နာမည်၊ နောက်ဆုံးနာမည်နှင့် ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး

3. အဖွဲ့ အစည်း အမည်

4. ID နံပါတ် (ရှိပါက)  5. အေးဂျင့်/ပွဲစား များအတွက်သား NPN နံပါတ်

## ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ကို သင်ရွေးချယ်နိုင်သည်။

သင်ယုံကြည်စိတ်ချရသူတစ်ဦးကို ရွေးချယ်ပြီး ဤလျှောက်လွှာအတွက် ပြောဆိုခွင့်၊ အချက်အလက်များကို ကြည့်ခွင့်၊ လျှောက်လွှာနှင့်ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ရယူခြင်းနှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးခွင့် အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော ဆောင်ရွက်စရာများကို သင့်ကိုယ်စား တာဝန်ယူဆောင်ရွက်ခွင့် ပေးနိုင်သည်။ ထိုသူကို "ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်" ဟုခေါ်သည်။ ထို့ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ကို ဖယ်ရှားလိုပါက Marketplace ကိုဆွက်သယ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ဥပဒေအရ ခန့်အပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ် ဖြစ်ပါက သက်သေခံစာ ရက်များကိုပါ ပူးတွဲတင်ပါ။

1. ခွင့်ပြုမိန့် ရ ကိုယ်စားလှယ် ၏ အမည်( ပထမအမည်၊ အလယ် အမည်၊ နောက်ဆုံး အမည်)

2. လိပ်စာ  3. အိမ်လိပ်စာ 2

4. မြို့ နယ်  5. ပြည်နယ်  6. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

7. ဖုန်းနံပါတ်

8. အဖွဲ့ အစည်း အမည်

9. ID နံပါတ်(ရှိပါက)

လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် ဤ ပုဂ္ဂိုလ်အား သင့် လျှောက်လွှာတွင် ဆိုင်းထိုးခွင့်ပေးခြင်း၊ ရုံး ပိုင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ရယူခြင်း၊ အနာဂတ်တွင် ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော ဆောင်ရွက်စရာများကို သင့်ကိုယ်စား တာဝန်ယူဆောင်ရွက်ခွင့် ပေးရာရောက်ပါသည်။

10. ယခုလျှောက်လွှာတွင် ပါသည့် ပုဂ္ဂိုလ် ၁ ၏ လက်မှတ်

11. လက်မှတ်ရေးထိုးသည့် နေ့စွဲ (လ၊နေ့၊ နှစ်)





နောက်ဆက်တွဲ D: ဘဝနေထိုင်မှု အပြောင်းအလဲ ဆိုင်ရာမွေးခန်းများ



(ဒီစာမျက်နှာ အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ကျန်ရှိနေသည့် မွေးခန်းများအားလုံးကို ပြီးအောင်ဖြည့်ရမည်ဖြစ်သည်။ ဒီစာမျက်နှာကို သီးသန့် မတွင်သင်းပါနှင့်)

ဤလျှောက်လွှာထဲက တစ်ဦးဦးသည် လွန်ခဲ့သည့် ရက် 60 ထဲတွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ ဆုံးရှုံးခဲ့ခြင်း၊ အိမ်ထောင်ပြုခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကလေးမွေးခြင်း ကဲ့သို့သော ဘဝဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲ ကြုံခဲ့ရလျှင် (သို့မဟုတ် လာမည့် ရက် 60 ထဲတွင် မျှော်လင့် ရလျှင်) ဤစာမျက်နှာကို ရေးဖြည့်ပြီး သင်၏ လက်မှတ်ထိုးထားသည့် လျှောက်လွှာကို ထည့်ပို့ပေးပါ။ အချို့သော ဘဝ ပြောင်းလဲမှုများသည် ကျန်းမာရေး အာမခံ အရောင်းဌာန မှ အထောက်အပံ့ကို ချက်ချင်း ရရှိရန် ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် သင်သည် စာရင်းသွင်းမှု ဖွင့်ထားချိန် ပြင်ပတွင် လျှောက်နေခြင်းဖြစ်ပါက ဤမွေးခန်းများကို မြေကြားပေးရန် အကြံပြု လိုပါသည်။ (နိုဝင်ဘာ 1 - ဇန်နဝါရီ 15)

ဤမွေးခန်းများအား ဖြေရှင်းမှု ပြုပါ။ သင့်ဘဝနေထိုင်မှု အခြေအနေ အပြောင်းလဲ မရှိပါက အခြေများကို ကွက်လပ် ချန်ထားပါ။ အပြောင်းအလဲ မရှိသော်လည်း Medicaid နှင့် 000000000(CHIP) ကို တစ်နှစ်တာ ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ ဖက်ဒရယ်မှ အသိအမှတ်ပြုထားသော လူမျိုးစုများ နှင့် အလက်ဇကာ ဇာတိနွယ်ဝင် ရှယ်ယာကိုင်ထားသူများ အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို တစ်နှစ်ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို Marketplace မှ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

သင့်မိသားစု အတွင်း အပြောင်းအလဲများကို ပြောပြပါ။

1. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးသွားသူ သို့မဟုတ် လာမည့် ရက် 60 အတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးနိုင်သည့် အခြေအနေ ရှိသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ: [Blank space] ကျန်းမာရေးအာမခံ အဆုံးသတ်သွားသောနေ့ သို့မဟုတ် ရပ်တန့် သွားမည့် နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

2. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း အိမ်ထောင်ပြုသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ: [Blank space] နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

a. အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိ အရည်ချင်းပြည့်မီသလား။ .....  ပည့်မီသည်  မပြည့်ပါ။ ရှိသည်ဆိုလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်များ ဤနေရာ၌ ဖြည့်စွက်ပါ။ [Blank space]

3. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း ဖမ်းဆီးချုပ်နှောင်ခြင်း (အချုပ်ခန်း သို့မဟုတ် ထောင်) မှ လွတ်မြောက်လာသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ: [Blank space] နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

4. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဆိုင်ရာ နေထိုင်ခွင့် ရသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ: [Blank space] နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

5. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း မွေးစားသူ၊ မွေးစားဖို့ ပေးလိုက်သူ သို့မဟုတ် မွေးစားမိဘများနှင့် နေထိုင်ခဲ့ရသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ: [Blank space] နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

6. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း ကလေးထောက်ပံ့ခြင်း သို့မဟုတ် တရားရုံး အဆိုပြုကြောင့် မိမိသူ ဖြစ်လာသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ: [Blank space] နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

7. လွန်ခဲ့သည့် ရက် 60 အတွင်း တစ်စုံတစ်ယောက် ပြောင်းရွှေ့ပါသလား?

နာမည်များ: [Blank space] ပြောင်းသည့် နေ့ (လ/ရက်/နှစ်) [Blank space]

a. သင်၏ ယခင်လိပ်စာအတွက် ZIP ကုဒ်ကို ဖော်ပြပေးပါ။  အကယ်၍ သင်သည်နိုင်ငံခြားတိုင်းပြည် တစ်ခုခု သို့မဟုတ် အမေရိကန် ပိုင်နက် နယ်မြေ မှ ပြောင်းရွှေ့ နေထိုင်သူ ဖြစ်လျှင် ဤနေရာတွင်ဖြည့်ပါ။ [Blank space]

b. အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိ အရည်ချင်းပြည့်မီသလား။ .....  ပည့်မီသည်  မပြည့်ပါ။

အကယ်၍ ရရှိနိုင်ပါက ၎င်းတို့၏ အမည်များကို အောက်တွင် ရေးပါ။ နာမည်များ: [Blank space]