



ကျန်းမာရေးအာမခံ နှင့် ကုန်ကျစားရိတ်ကူညီပေးရန် လျှောက်ထားခြင်း

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



သင် အရည်အချင်းမီနိုင်သည့် အာမခံကို ရှာကြည့်ရန် ဤအက်ပ်ကို အသုံးပြုပါ

- သင့်ကို ကူညီရန်နှင့် ကျန်းမာစာနေထိုင် နိုင်ရန် အွတ်က ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန (Marketplace) သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဆင့် အမျိုးမျိုးကို စီစဉ်ထားရှိပါသည်။
- အခွန် ခရက်ဒစ် (tax credit) စနစ်သည် သင် လစဉ်ပေးသင်းရေသာ ကျန်းမာရေးအာမခံကြေး ကို လျှော့နည်း စေခြင်းဖြင့် သင့်ကို ချက်ချင်းလက်ငင်း ကူညီနိုင်ပါသည်။
- အခမဲ့ သို့မဟုတ် စားရိတ်နည်းသော Medicaid သို့မဟုတ် ခေလးသူငယ်များအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် (CHIP) ဝင်ငွေ ပေါ်မူတည်ပြီး အချို့သော သူတို့သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်းသော အစီအစဉ်ကိုရရှိနိုင်ပါသည်။



မည်သူ့အတွက် ဒီလျှောက်လွှာကို သုံးနိုင်သလဲ

- သင့်အိမ်ထောင်စုအတွက် 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 လျှောက်ထားမှုနှင့် မရှိသူဖြစ်နေလျှင်လည်း သင်၏ သားသမီးများအတွက် လျှောက်နိုင်ပါသည်။ လျှောက်ထားခြင်းအားဖြင့် သင်၏ လူဝင်မှု အခြေအနေကို သို့မဟုတ် အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် နှင့် နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့် အခွင့်အလမ်းများအပေါ် မည်သည့် အကျိုးဆက်ကို မျှမဖြစ်စေနိုင်ပါ။
- တစ်ဦး တစ်ယောက် အကူအညီ ဖြင့် ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ပါက နောက်ဆက်တွဲ ၈ ကို ဖြည့်ရန်လိုပါသည်။



ဧည့်စက်ရန် ဘာတွေလိုမလဲ

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



မည်သည့် အွတ်က ကြောင့် ဤအချက် အလက်များကို တောင်းရသနည်း။

သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် တခြားအချက်အလက် များကို မေးခြင်းအားဖြင့် သင့် အွတ်က မည်သည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိနိုင်ပြီး ကုန်ကျမှု အတွက် ပြန်ပေးရမည့် အကူအညီ ရရှိနိုင် အသိပေးနိုင်ပါသည်။ ထို အချက် အလက်များကို ကျနုပ်တို့ က ဥပဒေနှင့် အညီ လုံခြုံစွာ၊ ပေါက်ကြားခြင်း မရှိအောင် သိမ်းဆည်း ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု အက်ဥပဒေဆိုင်ရာ The Privacy Act Statement ဂွာညာစာတမ်းအတိုက်အခံ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် ညွှန်ကြားချက်များကို စစ်ဆေးကြည့်ပါ။



နောက်တဆင့် ဘာထပ်ဖြစ်မလဲ

သိမ်းဆည်းရန်အတွက် မိတ္တူကူးယူပြီး စာမျက်နှာ(8) ၈ ပါ လိပ်စာသို့ ရေးဖြည့် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို ပေးပို့ပါ။ ကျွန်ုပ်တို့တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များ အားလုံးကို မဖြည့်နိုင်လျှင်လည်း လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးပြီး ပေးပို့ လိုက်ပါ။ တစ်ပတ် နှစ်ပတ်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်နှင့်အတူ နောက်ဆက်တွဲ လိုအပ်သည်များကို ဆက်လက် ဆောင်ရွက်ပါမည်။ နောက်ထပ်လိုအပ်သော သင့်၏ အချက်အလက်များ ရှိလျှင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန (Marketplace) မှသင့်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါမည်။ လျှောက်လွှာကို စီမံဆောင်ရွက်ပြီးသည့် နောက်မှာ သင်သည် ပါဝင်ခွင့် အသိပေးစာကို ရရှိပါမည်။ ဤ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စက်သောသူသည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ဝယ်ကိုယ်ရမည် ဟုမဆိုလိုပါ။



ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ဖို့ အကူညီလိုပါက

- **အန်လိုင်း** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) အင်တာနက် စာမျက်နှာကိုသားပါ။
- **ဖုန်း** - ကျန်းမာရေးအာမခံအရောင်းဌာန ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆။ အကြားအာရုံအာနည်းသူများ အတွက် ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅။
- **ကိုယ်တိုင်လျှောက်ရန်**။ သင့်နေရာ တစ်ကွက်တွင် လျှောက်ရန်ကူညီပေးသည့် ကျန်းမာရေးသူများရှိနိုင်ပါသည်။ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)၊ သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆွက်သယ်ပါ။
- **တခြားဘာသာစကား**။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြားဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆွက်သယ်ပြီး ဝန်ထမ်း အား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။

သင်သည် စာရင်းကြီးများ၊ မျက်မှန်စာ သို့မဟုတ် အသိပေး ကဲ့သို့သော ရယူလိုသည့် ဖော်မတ်ဖြင့် သင့်အချက်အလက်များကို ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင်သည် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ခံစားလျှင် သင်ထံတွင် တိုင်ကြားပိုင်ခွင့်လည်း ရှိပါသည်။ [CMS.gov/accessibility-nondiscrimination](https://www.cms.gov/accessibility-nondiscrimination) ကို ဝင်ကြည့်ပါ သို့မဟုတ် 1-800-318-2596 သို့ ဖုန်းခေါ်ယူပါ။ TTY အသုံးပြုသူတို့သည် 1-855-889-4325 သို့ ဖုန်းခေါ်ယူနိုင်ပါသည်။





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. စာပို့နယ်မြေအမှတ်	7. ကောင်တီ ခရိုင်
8. စာလက်ခံရာလိပ်စာ(နေရပ်လိပ်စာနှင့် ကွဲပြားပါက)			9. အိမ်လိပ်စာ 2
10. မြို့	11. ပြည်နယ်	12. စာပို့နယ်မြေအမှတ်	13. ကောင်တီ ခရိုင်
14. ဇွန်းနံပါတ်		15. ဒုတိယဇွန်းနံပါတ်	
16. ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ကို အီးမေးလ်မှ တဆင့် ရယူလိုပါသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပေ			
အီးမေးလ်လိပ်စာ			
17. ဘုရားရှိခိုးပြုကြိုက်နှစ်သက်သောဘာသာစကား ရေးသားထားသော		နှုတ်ဖြင့်ပြောသော	

အဆင့် 2: သင့်မိသားစု သင်၏အိမ်ထောင်မိသားစုအကြောင်းကို ပြောပြပါ

ဤလျှောက်လွှာတွင် 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 ကျန်းမာရေးအာမခံချက် 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
- ဗဟိုဝင်ငွေအခန့်ဆောင်ရွှေတင် ထည့်သင်း ထားသောသူ(အသက် ၂၁ အထက် သားသမီးများ အကျုံးဝင်သည်။) ကျန်းမာရေး အာမခံရရန် အခန့်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။

၂၁ နှစ်အောက် ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ် သော သားသမီးများ အတွက်:

သူတို့ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို မလျှောက်လျှင်လဲ ဖော်ပြပါ။

- သူတို့ နှင့် အတူနေသော မိဘ (သို့မဟုတ် မိဖွား ဘွား)
- အတူနေသော မောင်နှမများ
- အတူနေထိုင်သော သား သို့မဟုတ် သမီး၊ အိမ်ထောင်ဘက်မှပါသော ကလေးများပါ ဖော်ပြပါ။
- အတူတူနေထိုင်သော အိမ်ထောင်ဖက်များ
- ဗဟိုဝင်ငွေအခန့်ဆောင်ရွှေတင် ထည့်သင်း ထားသောသူ။ ကျန်းမာရေးအာမခံရရန် အခန့်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။

မိသားစုဝင်အားလုံးအတွက်အဆင့် (၂) ကိုဖြည့်စွက်ပါ။

သင်ကိုယ်တိုင် မှတစ်ပါး၊ 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 အတက်သာ သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကိုအသုံးပြုပါမည်။



သင်္ကေယ်တိုင်၊ သင် အိမ်ထောင်ဖက်/အဖေ နှင့် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော မိခင်သူများ၊ နှင့် သို့မဟုတ် အမှီရယ် ဝင်ငွေအခွန် တင်သည့်ပုံစံ (tax return) တွင် သင်နှင့် အတူပါဝင်သူ မည်သူမဆို အတွက် အဆင့် (၂) ဖြည့်စွက်ပြီးစီးပါ။ မည်သူတို့ကို ထည့်သွင်းနိုင်သည် ဆိုသည် အချက်အလက်များကို စာမျက်နှာ (၁) တွင်ကြည့်ပါ။

1. ပထမ နာမည်		အလယ် နာမည်		နောက်ဆုံး နာမည်		ဖွဲ့စည်းရေးကော်မတီ၏ စာလုံး			
2. ပုဂ္ဂိုလ် နှင့် တော်စပ်ပုံ။				3. အိမ်ထောင်ရှိသလား။		4. မွေးနေ့ (လ/နေ့/နှစ်)		5. လိင်	
ကိုယ်တိုင်				☐ ယူမည် ☐ မယူပါ				☐ မ ☐ ကျား	
6. လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)									
7. ကျန်းမာရေးအာမခံလျှောက်လုပ်ပါက လူမှု လုံခြုံရေး နံပါတ် (SSN) ရှိရမည်။ SSN လိုအပ်ပါက လျှောက်ထားနိုင်သည်။ SSN ကို အသုံးပြုပြီး ဝင်ခွင့်နှင့် အခြား အချက် အလက်များကို ရယူကာ မည်သည့် အကူအညီရရှိမည်ကို ရှာဖွေမည် ဖြစ်သည်။ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) နှင့် ပါတ်သက်ပြီး ပိုမိုသိရှိလိုသည် အချက်အလက်များ ကို SSA.gov ၏ လေ့လာနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၇၇၂-၁၂၃၄၊ အခြားအာရုံအားနည်းသူများ ၁-၈၀၀-၃၂၅-၀၇၇၇ တစ် မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။									
8. လာမည့်နှစ် အတွက် ဗဟို ဝင်ငွေခွန် ဆောင်ရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။									
☐ မှန်ပါသည်။ မှန်လျှင် a မှ c အထိအားလုံးဖြေပါ။ ☐ မှားပါသည်။ မှားလျှင် c အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။ ဖြေရောမလိုပါ။									
a. အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အွန်ဆောင် မည်လား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
ဆောင်မည်ဆိုပါက အိမ်ထောင်ဘက် ၏ အမည် ရေးပါ။									
b. သင့်အားပိုမိုနှောင့်ယှက်မှုများကို အွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်း မည်လား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
ထည့်သွင်းမည်ဆိုလျှင် ပိုမိုသူများ ၏ အမည်ကိုရေးပါ။									
c. သင့် ကို ပိုမိုသူအဖြစ် အွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ပါဝင်မည်လား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
မှန်လျှင်၊ ဝင်ငွေခွန် (tax) တင်သူ၏အမည်ကို ဖော်ပြပါ။								ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ နှင့် ဘယ်လိုတော်စပ်သလဲ။	
9. သင့်မှာ ကိုယ်ပိုင်ရန်ပုံငွေပါသလား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
a. ရှိသည် ဆိုပါက လက်ရှိကိုယ်ပိုင် မှ ငွေဖွဲ့စားလာမည့် ကေလး အေအေအေတက် ဘယ်လောက်လဲ။									
9. ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်ပါသလား။ ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီးကောင်းသော သို့ မဟုတ် ပိုပြီး ဈေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များ ရှိနိုင်ပါသည်။									
☐ ရှိသည်။ အာမခံရှိပြီး ဖြစ်ပါက အောက်ပါ မွေးခန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။ ☐ မရှိပါ။ အာမခံ မရှိပါက စာမျက်နှာ ၃ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ပတ်သက်သော မွေးခန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်နှာတင် ကျန်သော မွေးခန်းများကို ဖြေရောမလိုပါ။									
10. သင့်ထံတွင် ကျန်းမာရေးကို အထူး စောင့်ရှောက်ပေးရန်၊ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး အဆောက်အအုံတွင် သို့မဟုတ် ကုသရေး ကေလးတွင် နေထိုင်ရန် လိုအပ်သည် ရှိပါသလား။ စိတ်ရောဂါ၊ သို့မဟုတ် စိတ်ခံစားမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေမျိုး ရှိပါသလား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
11. သင်သည် အေမရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အေမရိကန်လူမျိုးဖြစ် ပါသလား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
12. သင်သည် အေမရိကန်နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦး ကို ပိုမိုရန် နိုင်ငံသား ရထားသလား။ (ဤအချက်က များသောအားဖြင့် အေမရိကန်နိုင်ငံ ပြင်ပတွင် မွေးဖွားခဲ့ခြင်း ကို ဆိုလိုသည်)									
☐ ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည် ဆိုပါက မွေးခန်း က နှင့် ခ ကို ဖြည့်ပါ။ ☐ မဟုတ်ဘူး။ မဟုတ်ဘူး ဆိုပါက မွေးခန်း နံပါတ် ၁၃ ကိုဖြည့်ပါ။									
a. Alien နံပါတ်									
b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ်								မွေးခန်း ကနှင့် ခ ကို ဖြေပြီးပါက မွေးခန်း နံပါတ် ၁၃ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။	
13. သင်သည် အေမရိကန်နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အေမရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထားသော နေထိုင်ခွင့် ရှိပါသလား။ ☐ ရှိပါသည်။ စာရက်စာတမ်း အမျိုးအစားနှင့် ID နံပါတ် ဖြည့်ပါ။ ညွှန်ကြားချက်များဆီ သွားပါ။									
လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း အမျိုးအစား		နေထိုင်မှု အမျိုးအစား (ဖြေလိုမှဖြေပါ)		လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း တွင် ပါသည့်အတိုင်း သင့်နာမည် ကို ရေးပါ။					
Alien သို့မဟုတ် I-94 နံပါတ်				ကဒ်နံပါတ် သို့မဟုတ် ခရီးသွားစာအုပ် နံပါတ်					
SEVIS ID သို့မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (ဖြေလိုမှသာ ဖြေပါ)				တခြား (အမျိုးအစား နံပါတ် သို့မဟုတ် ထုတ်ပေးသောနိုင်ငံ)					
a. သင်သည် အေမရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ၁၉၉၆ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
b. သင် သို့မဟုတ် သင်အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘသည် စစ်ပုထိုးမဟောင်း သို့မဟုတ် အေမရိကန်စစ်တွင်းတပ် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
14. သင်သည် လန်ဒန်သော ၃ လ မှ စပြီး ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစားရိတ် ပေးရန် အကူအညီလိုအပ်နေသလား။								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
15. သင်သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူ နေပါသလား။ သင် က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား။ (သင်နှင့် အိမ်ထောင်ဘက်က အဓိက တာဝန်ယူသူလား။ သင်နှင့် အိမ်ထောင်ဘက်က အဓိက တာဝန်ယူသူလား။ သင်နှင့် အတူနေထိုင်သော အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးများ၏ နာမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကိုဖော်ပြပါ။									
16. သင်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက် နေသော ကျောင်းသားတစ်ယောက်လား။								17. သင်သည် အသက် ၁၈ နှစ် သို့မဟုတ် အထက်တွင် ငွေဖွဲ့စားမိဘများ နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။	
☐ ယူမည် ☐ မယူပါ								☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	
သန့်ရှင်းမှုဖြေပါ။ (ဤအချက်အလက်များကို ပေါ်ပြပေးခြင်းက အရည်အချင်းပြည့်မီမှု၊ အစီအစဉ်ရွေးချယ်မှုများ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်များအပေါ် သက်ရောက်မှု မရှိစေပါ။)									
19. လူမျိုး ☐ လူဖြူ ☐ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အေမရိကန် ☐ အေမရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်ဇန္ဒားနားသက်လားသူ ☐ ဖိလစ်ပိုင်လူမျိုး ☐ ဂျပန်လူမျိုး ☐ ကိုရီးယားလူမျိုး ☐ အာရှနိုင်ငံမှ အိန္ဒိယလူမျိုး ☐ တရုတ်လူမျိုး ☐ ဗီယက်နမ် ☐ တရုတ်အာရှလူမျိုး ☐ ဟာဂိုင်ဒီကျန်ရှိ အသစ်လူမျိုး ☐ ဂျပန်ကျန်ရှိ အသစ်လူမျိုး သို့မဟုတ် ချစ်မိမိ ☐ စပိန်လူမျိုး ☐ တရုတ် ပရိသတ်ကျန်းစာမှ လူမျိုး ☐ တခြား ☐									

📞 လျှောက်ထားရန် အကူအညီလိုပါသလား။ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀၀-၂၉၆၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်ခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀၀-၂၉၆၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ ပန်တမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၈၈-၈၈၈-၄၃၂၇ ကို ခေါ်နိုင်သည်။



အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 1 (သင့်အနေဖြင့် ဆက်ဖြည့်ပါ)

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

☐ အလုပ်အကိုင်ရှိ။ သင်သည် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေပါက သင့်ဝင်ငွေအကြောင်း ပြောပြပါ။
အချက် (20) မှ စတင်ပါ။

☐ အလုပ်လက်မဲ့။
အချက် (30) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

☐ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူ။
အချက် (29) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၁။

20. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. ဖြို

c. ပြည်နယ်

d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

21. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

22. တစ်နှာရှိလျှင်လုပ်ခနံ/ဘောက်ဆူး (အွေခနံမပေးဆောင်မီ) ☐ တစ်နှာရှိချင်း ☐ တစ်ပတ်ချင်း ☐ ၂နှစ် တကြိမ်
\$ ☐ တစ်လ ၂ ကြိမ် ☐ တစ်လ တစ်ကြိမ် ☐ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

23. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် 2 (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလုံပါက၊ နောက်ထပ် စာရက်တွင်ဖြည့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

24. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. ဖြို

c. ပြည်နယ်

d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

25. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

26. တစ်နှာရှိလျှင်လုပ်ခနံ/ဘောက်ဆူး (အွေခနံမပေးဆောင်မီ) ☐ တစ်နှာရှိချင်း ☐ 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 မွေးခန်း က နှင့် ခ ကို ဖြေပါ။

a. အလုပ်အမျိုးအစား

b. အသားတင်ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ၊ ညွှန်ကြားချက်တင် ကြည့်ပါ။ \$

30. ယခုလအတွင်း ရေသာ တကြားဝင်ငွေ။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးဖြည့်ပါ။ရေသာပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။ ☐ မှတ်ချက်။ ။ ကေလးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊စစ်မှန်ထမ်းခဲ
ဟောင်းများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလုံခြုံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

☐ အလုပ်အကိုင်မရှိ။
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ ရရှိသော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပြန် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်)
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ ယခင်
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးမွေးမြူခြင်းမှရသည့် အသားတင်ဝင်ငွေ
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ လူမှုလုံခြုံရေး
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ ငှားရမ်းခြင်း /ပစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ အငြိမ်းစားဆုငွေ အကောင်အရာ
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

31. ကုန်ကျစရိတ်တက်စွဲများ။ သက်ဆိုင်သည့်ကတ်လပ်များအားလုံး၊ ခွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဗဟိုဝင်ငွေခွန်တက်စွဲတင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစရိတ် ပိုမို
သက်သာနိုင်ပါသည်။ သင်က ပေးဆောင်သော ကလေးထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် ကွန်ယက် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအတွက် သင့်ဖြေကြားချက်တွင် ထည့်ဖော် ပြထားပြီးဖြစ်သည့် ကုန်ကျစရိတ် (မေးခွန်း 29b) ကို မထည့်သွင်းပါနှင့်။

☐ ပေးချခဲ့သော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပြန် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်)
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ ခြားကုန်ကျစရိတ်များ အမျိုးအစား
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

☐ ပညာသင်ကြားခြင်း-ခွဲငှေ အတိုး
\$ အကြိမ်အရေအတွက်

32. သင်၏ ဝင်ငွေသည် သင်က အလုပ်တစ်ခုတွင်သာ တစ်နှစ်၏ ကာလတစ်ခုမှာ အလုပ်မရှိဘဲ လက်ရှိအတွက် အချို့သော ခံစားခွင့်များကို ရခဲ့ခြင်းကဲ့သို့ တစ်နှစ်အတွင်းမှာ ပြောင်းလဲခဲ့သော် ရေးဖြည့်ပေးပါ။ သင်၏ ဝင်ငွေသည် သင်က အလုပ်တစ်ခုတွင်သာ
တစ်နှစ်၏ ကာလတစ်ခုမှာ အလုပ်မရှိဘဲ လက်ရှိအတွက် အချို့သော ခံစားခွင့်များကို ရခဲ့ခြင်းကဲ့သို့ တစ်နှစ်အတွင်းမှာ ပြောင်းလဲခဲ့သော် ရေးဖြည့်ပေးပါ။ သင်၏ လစဉ်ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲမည့်ဟု မမျှော် လင့်လျှင်၊ နောက် တစ်ဦးစီကို ကျော်သွားပါ။ ➡

ယခုနှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ နောက်နှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (အကယ်၍အပြောင်းအလဲရှိမည်ဟုထင်လျှင်)

☐ အကယ်၍ သင်ဝင်ငွေ ကို ခန့်မှန်းရန်ခက်သည်ဟုထင်လျှင် ဖြည့်စွက်ပါ။

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ သင့်အကြောင်း သိရှိ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။



အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 2

မှတ်ချက်။ ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ကျန်းမာရေး အာမခံမလိုပါ။ 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 ထည့်သင်း ဖော်ပြရမည် ကို သတိရပါ။

1. ပထမ နာမည်	အလယ် နာမည်	နောက်ဆုံး နာမည်	ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး
2. ပုဂ္ဂိုလ် ၁ နှင့် တော်စပ်ပုံ။ ညွှန်ကြားချက်များဆီ သွားပါ။	3. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ အိမ်ထောင်ရှိသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ	4. မွေးနေ့ (လ/နေ့/နှစ်)	5. လိင် ☐ မ ☐ ကျား
6. လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)		★ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) ရှိပါက၊ သူ့အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်လုပ်ပါက ဖြည့်ရန် လိုအပ်သည်။	
7. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ က ပုဂ္ဂိုလ် ၁ နှင့် နေရပ်လိပ်စာတူသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ မတူပါက လိပ်စာကို ရေးပါ။			
8. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လာမည့်နှစ် အတွက် ဗဟို ဝင်ငွေခွန်ဆောင်ရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။ ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ ☐ မှန်ပါသည်။ မှန်လျှင် a မှ c အထိအားလုံးဖြေပါ ☐ မှားပါသည်။ မှားလျှင် c အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။ ဖြေရောမလိုပါ။			
a. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အခွန်ဆောင်မည်လား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ ဆောင်မည်ဆိုပါက အိမ်ထောင်ဘက် ၏ အမည် ရေးပါ။			
b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အားမှီခိုနေထိုင်သူများကို အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်းမည်လား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ ထည့်သွင်းမည်ဆိုလျှင် မှီခိုသူများ ၏ အမည်ကိုရေးပါ။			
c. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကို မှီခိုသူအဖြစ် အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ပါဝင်မည်လား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ မှီခိုအဖြစ်ပါမည် ဆိုပါက ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ ၏ အမည် ရေးပါ။ ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ဘယ်လိုတော်စပ်သလဲ။			
9. ဥ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ a. ရှိသည် ဆိုပါက လက်ရှိကိုယ်ဝန်မှ မွေးဖွားလာမည့် ကလေး အရေအတွက် ဘယ်လောက်လဲ။			
10. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီးကောင်းသော သို့မဟုတ် ပိုပြီး ဈေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များရှိနိုင်ပါသည်။) ☐ ရှိသည်။ အာမခံရှိပြီး ဖြစ်ပါက အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။ ☐ မရှိပါ။ အာမခံ မရှိပါက စာမျက်နှာ ၅ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ဗဟိုသက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်နှာတွင် ကျန်သော မေးခွန်းများကို ဖြေရောမလိုပါ။			
11. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်သည် ကိုယ်အင်္ဂါ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကြောင့် နေ့စဉ် လုပ်ကိုင် ဆောင်ရွက်မှုများ (ရေချိုးခြင်း၊ အဝတ်အစားလဲခြင်း၊ အိမ်မှရှေ့သို့လှုပ်ရှားခြင်း စသည်ဖြင့်) တွင် အခက်အခဲ ရှိပါသလား။ ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး ကူညီစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချက်ရှိပါသလား။ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် လူဆိုင်တွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား? ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
12. သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားသို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုးဖြစ် ပါသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
13. သင်သည် အမေရိကန်နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦး ကို မှီခိုပြီး နိုင်ငံသား ရထားသလား (ဤအချက်က များသောအားဖြင့် အမေရိကန်နိုင်ငံ ပြင်ပတွင် မွေးဖွားခြင်း ကို ဆိုလိုသည်) ☐ ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည် ဆိုပါက မေးခွန်း က နှင့် ခ ကို ဖြည့်ပါ။ ☐ မဟုတ်တော့။ မဟုတ်တော့ ဆိုပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၄ ကိုဖြည့်ပါ။			
a. Alien နံပါတ်		b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ်	
14. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက လုပ်ငန်း၊ ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထား သော နေထိုင်မှု အခြေအနေ ရှိပါသလား။ ☐ ရှိသည်။ တွရကစာတမ်း အမျိုးအစားနှင့် ID နံပါတ် ဖြည့်ပါ။ ညွှန်ကြားချက်များဆီ သွားပါ။			
လုပ်ငန်း၊ ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း အမျိုးအစား :		နထိုင်မှု အမျိုးအစား (ဖြေလိုမှဖြေပါ)	
လုပ်ငန်း၊ ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း တွင် ပါသည့် အတိုင်း ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်၏ နာမည် ကို ရေးပါ။			
Alien သို့မဟုတ် I-94 နံပါတ်		ကန်ဒိုမိုက် သို့မဟုတ် ခရီးသွား စာအုပ် နံပါတ်	
SEVIS ID သို့မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (ဖြေလိုမှသာ ဖြေပါ)		အခြား (အမျိုးအစားနံပါတ် သို့မဟုတ် ထုတ်ပေးသည့်နိုင်ငံ)	
a. သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ခရစ် ၈ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သို့မဟုတ် ၎င်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘသည် စစ်မှန်သောပေးသွင်း သို့မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်တွင် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
15. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လွန်ခဲ့သော ၃ လ မှ စပြီး ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစာရိတ် ပေးရန် အကူအညီလိုအပ်နေသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
16. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူနေပါသလား။ ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား (ဤကလေးဝယ်ကို ဒုတိယပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်များက ကူညီစောင့်ရှောက်နေရလျှင် "ယူမည်" ဟုဖြေပါ။) ☐ ယူမည် ☐ 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 ခွဲစားစာအုပ်များ နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
ပုဂ္ဂိုလ် 2 မှာ 22 နှစ်ပြည့် သို့မဟုတ် ငယ်လျှင် အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးပါ-			
18. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အလုပ်ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသလား။ လန်ဒ်သော ၃ လ အတွင်း ၎င်းကို ဆုံးရှုံးခဲ့သလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
a. ဟုတ်သည်ဆိုပါက ကုန်ဆုံးရက်စွဲ။		b. ကျန်းမာရေးအာမခံ ရပ်တန့် သွားသည့် အကြောင်းရင်း	
19. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက်နေသော ကျောင်းသားလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ			
ဆန္ဒရှိမှန်ဖြေပါ။ (ဤအချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးခြင်းက အရည်အချင်းပြည့်မီမှု၊ အစီအစဉ်ရွေးချယ်မှုများ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်များအပေါ် သက်ရောက်မှု မရှိစေပါ။)			
21. လူမျိုး ☐ ဝူဖြူ ☐ ဝူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ☐ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်ဇက်ဒရီယန်း ☐ ဗီလစ်ဒိုင်လူမျိုး ☐ ဂျာမန်လူမျိုး ☐ ကိုရီးယားလူမျိုး ☐ အာရှနိုင်ငံမှ အိန္ဒိယလူမျိုး ☐ တရုတ်လူမျိုး ☐ ဗီယက်နမ် ☐ တရုတ်အာရှလူမျိုး ☐ ဟာဝိုင်အီကျန်းရှိုး ဒေသခံလူမျိုး ☐ ဝှောင်ကျန်းရှိုး ဒေသခံလူမျိုး သို့မဟုတ် ချစ်မိုရို ☐ ဝေဖန်လူမျိုး ☐ တရုတ် ပစ်ခတ်ကျန်းမာမှု လူမျိုး ☐ တရုတ်			



အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 2

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ရဲ့ ဝင်ငွေ အကြောင်းပြောပြပါ။
ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ မလုပ်လုပ်တောင် ဒီစာမျက်နှာကို ဖြည့်ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

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

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၁။

22. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. မြို့။	c. ပြည်နယ်	d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	23. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

24. တစ်နှာရှိလျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနဲမ ယူဆောင်မီ) \$	☐ တစ်နှာရှိချင်း ☐ တစ်ပတ်ချင်း ☐ ၂ နှစ် တကြိမ် ☐ တစ်လ ၂ ကြိမ် ☐ တစ်လ တကြိမ် ☐ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်	25. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

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

26. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. မြို့။	c. ပြည်နယ်	d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	27. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။

28. တစ်နှာရှိလျှင်လုပ်ခနန်း/ဘောက်ဆူး (အွေခနဲမ ယူဆောင်မီ) \$	☐ တစ်နှာရှိချင်း ☐ တစ်ပတ်ချင်း ☐ ၂ နှစ် တကြိမ် ☐ တစ်လ ၂ ကြိမ် ☐ တစ်လ တကြိမ် ☐ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်	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 (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ ညွှန်ကြားချက်များဆီ သွားပါ။ \$

32. ယခုလအတွင်း ရေသာ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ရေသာ တခြားဝင်ငွေ။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးဖြည့်ပါ။ ရေသာပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။ ဖရိုဖါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။ ☐
မှတ်ချက်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ကေးလားအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်းများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလိုခြံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများ (SSI) ကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

☐ အလုပ်အကိုင်မရှိ။ \$ အကြိမ်အရေအတွက်	☐ ရရှိသော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပတ် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်) \$ အကြိမ်အရေအတွက်
☐ ပင်စင် \$ အကြိမ်အရေအတွက်	☐ စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးမွေးမြူခြင်းမှရသည့် အသားတင်ဝင်ငွေ \$ အကြိမ်အရေအတွက်
☐ လူမှုလိုခြံရေး \$ အကြိမ်အရေအတွက်	☐ ငှားရမ်းခြင်း / ပစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ \$ အကြိမ်အရေအတွက်
☐ အငြိမ်းစားရာငွေ အကောင်အထည် \$ အကြိမ်အရေအတွက်	☐ အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား \$ အကြိမ်အရေအတွက်

33. ကုန်ကျစရိတ်တစ်စွဲများ သက်ဆိုင်သည့်ကက်လပ်များအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဖော်ပြခံရသူတစ်ဦးနှင့် နှုတ်ယူခံရသူတစ်ဦး နှစ်ဦးစလုံးရှိသော ကုန်ကျစရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစရိတ် ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ က ပေးဆောင်သော ကလေးထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် ကွန်ယက် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအတွက် သင့်ဖြေကြားချက်တွင် ထည့်ဖော် ပြထားပြီးဖြစ်သည့် ကုန်ကျစရိတ် (မေးခွန်း 31b) ကို မထည့်သွင်းပါနှင့်။

☐ ပေးချေခဲ့သော မယားစရိတ် (1/1/2019 မတိုင်မီ အပိုအပတ် ကွာရှင်းခဲ့မှုများ အတွက်သာလျှင်) \$ အကြိမ်အရေအတွက်	☐ ခြားကုန်ကျစရိတ်များ အမျိုးအစား \$ အကြိမ်အရေအတွက်
☐ ပညာသင်ကြားခြင်း-ချေးငွေ အတိုး \$ အကြိမ်အရေအတွက်	

34. တစ်နှစ်တာ အတွင်း ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ဝင်ငွေ အကြောင်းလဲရှိမှု၊ တစ်နှစ်တာလုံးမလုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် လအနည်းငယ် အတွက်ပဲ အကျိုးမြတ် ရရှိခြင်းဖြစ်ပါက ဒီမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် ၎င်း၏ ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲမည် ဟု မျှော်လင့်ထားလျှင်၊ နောက်တစ်ဦးဆီသို့ ကျော်သွားပါ။ ➡

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ယခုနှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ \$	ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ နောက်နှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (ကျိုးပြန်မည့်ဟုယူဆပါက) \$	☐ အကယ်၍ သင့်ဝင်ငွေ ကို ခန့်မှန်းရန်ခက်သည်ဟုထင်လျှင် ဖြည့်စွပ်ပါ။
---	---	--

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ အကြောင်း သိရှိ ကြိုမျှသာလိုအပ်ပါသည်။



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

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

အဆင့် 4။ သင်မိသားစု ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု

1. ရွေးချယ်စရာ- သင်သည် ယခင်နှစ်တွင် အာမခံအခွန်အကျွေးရရှိခဲ့ပါက သင့်အိမ်ထောင်စုသည် ထိုနှစ်အတွက် ထိုပေးဆောင်မှုများကို ညှိနှိုင်းရန် သင့်ပုံစံ 1095-A မှ အချက်အလက်များကို သုံး၍ အခွန် ထုတ်ခံစာ တင်သွင်းခဲ့ပါသလား?
☐ ဟုတ်တယ်။ ကျွန်တော်တို့ ဖက်ဒရယ်အခွန် ပြန်စာတင်ပြီး အာမခံအခွန်အကျိုးခံစားခွင့်ကို ညှိနှိုင်းခဲ့တယ် သို့မဟုတ် IRS က တိုးချဲ့ခွင့်ပေးခဲ့တယ်။
2. ဤ လျှောက်လွှာတင်ပါသော သူ တစ်ဦးဦး ကုလန်ခဲ့သော ရက် ၉၀ အတွင်း Medicaid သို့မဟုတ် ကောလကျန်းမာရေးအာမခံ ပရိုဂရမ် (CHIP) ကို လျှောက်ထားရန် သတ်မှတ်ချက် စံနှုန်း မပြည့်မီဖြစ်ခဲ့သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် ကြောင့် မဟုတ်ပဲ ပြည်နယ် အရ စံနှုန်းမမီသူဖြစ်ပါက ဟုတ်သည် ကိုဖြေ ချယ်ပါ)..... ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ
မည်သူနည်း: [Redacted]
- သို့မဟုတ်၊ ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်ယောက်ယောက်သည် လူဝင်မှု အခြေအနေ တရုတ် ကြောင့် လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း Medicaid သို့မဟုတ် CHIP ရရှိခံစားခွင့် မရှိခဲ့သောသူ ရှိပါသလား?..... ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ
မည်သူနည်း: [Redacted]
- ဤ လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်ယောက်ယောက်သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဦး ဖွင့်လှစ်သည့် ကာလအတွင်း သို့မဟုတ် ဘဝအောင်မြင်မှု ရရှိပြီးနောက်ပိုင်း တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်ကို ဝယ်ဖူးသူ ရှိပါသလား?..... ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ
မည်သူနည်း: [Redacted]
3. ဤ လျှောက်လွှာတင်ပါသော တစ်စုံတစ်ဦးကို အလုပ်မှပေးသောကျန်းမာရေး အာမခံရှိသလား။ အာမခံသည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အလုပ်မှ၊ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘမှ ရပါက ထိုအာမခံကို လက်မခံလျှင်တောင် ရှိသည့်ဟူမည်။ ကမ်းလှမ်းပေးထားသည့် အာမခံမှာ COBRA တစ်ခုတည်းဖြစ်လျှင် မဟုတ်ဟု မှတ်ပေးပါ။
☐ ရှိသည်။ နောက်ဆက်တွဲ က ကို ဆက်ဖြည့်ပါ။ ☐ မရှိပါ။
ဟုတ်လျှင်၊ ၎င်းမှာ အစိုးရ၏ လုပ်သား အကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်လား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ
လျှောက်လွှာထဲတွင် ဖော်ပြထားသည့် တစ်ဦးဦးအား ကျန်းမာရေးလျော်စီကိတ်ပေးရေး အစီအစဉ် (Health Reimbursement Arrangement - HRA) သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့် အသေးစား အလုပ်ရှင် HRA (Qualified Small Employer HRA - QSEHRA) အရ အာမခံကို ကမ်းလှမ်းထားပါသလား?..... ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ
4. တစ်ယောက်ယောက်က လက်ရှိမှာ ကျန်းမာရေး အာမခံ စာရင်းသင်းထားပြီလား။
☐ ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက မွေးခန်း 5 သို့ ဆက်ပါ။ ☐ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မွေးခန်း 5 သို့ ကျော်ပါ။
5. 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

ပုဂ္ဂိုလ် 1: အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ဖြစ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ က ကိုလဲ ဖြည့်ရန်လိုသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်
[Redacted]	[Redacted]

တခြား အာမခံဖြစ်ပါက ☐ အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်
[Redacted]	[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

ပုဂ္ဂိုလ် 2: အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ဖြစ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ က ကိုလဲ ဖြည့်ရန်လိုသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်
[Redacted]	[Redacted]

တခြား အာမခံဖြစ်ပါက ☐ အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်
[Redacted]	[Redacted]

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

? လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ **HealthCare.gov** သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၀၈-၂၇၉၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၀၈-၂၇၉၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အခြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၈၈-၈၈၄-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။



အဆင့် 5: သင်၏ သေဘာတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်။

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

လာမည့်နှစ်များအတွက် ဝင်ငွေ အခွန်ဆောင်သော အချက်အလက် အပါအဝင် စာရင်းများကို Marketplace မှ အသုံးပြုခွင့် ပေးရန် သဘောတူခြင်းအားဖြင့် သင်ရရှိသော အာမခံ အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် ပိုမို လွယ်ကူစေမည်။ အပြောင်းလဲ ပြုလုပ်မည်ဆိုပါက The Marketplace ကသင့်ကို အကြောင်းကြားစာပို့ ပါမည်။ သင့်ရရှိခွင့်များဆက်လက်ရရှိ၊ လိုအပ်လျှင်ဝင်ငွေ ပိုင်းဆိုင်ရာ သက်သေပြုစာ The Marketplace က စစ်ဆေးမည်။ အချိန်မရွေး သင်နှုတ်ထွက်ခွင့်ရှိပါသည်။

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

☐ ကျွန်ုပ်၏ အခွန် အချက်အလက်များကို သုံးပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံ အသစ်ပြန်လုပ်ရန် အတွက် ကူညီ ပေးရန် မသုံးပါနှင့်။ (ဤရုံးချယ်မှုက သင့် အာမခံ ကို အသစ်ပြန်လည် ပေးရန် အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည်။)

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

ကျန်းမာရေးအာမခံ အမည်ကို ရေးပါ။ အကျဉ်းကျဖူးသူ၏ 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 အမြင့်ပေးရန် ဖြစ်သည်။

- ☐ ဤအခြေအနေမျိုး ရှိခဲ့လျှင် ကျွန်တော်/ကျွန်မ တို့၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော ထိုသူအား ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အဆုံးသတ်ခြင်းကို သဘောတူပါသည်။
- ☐ ဤအခြေအနေမျိုး ရှိခဲ့လျှင် ကျွန်တော်/ကျွန်မ တို့၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော ထိုသူအား ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အဆုံးသတ်ခြင်းကို ခွင့်မပြုနိုင်ပါ။

ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက Medicaid ရသလား။

- သင့်လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ စိစစ်ပြီးနောက်တွင် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အသိပေးစာကို သင်ရရှိပါမည်။ ကျွန်ုပ်အတွက် ကျန်းမာရေး ကုန်ကျမှု ငွေ အကူအညီရရန် တခြားကျန်းမာရေးအာမခံ၊ ဥပဒေပိုင်းဆိုင်ရာ သဘောတူညီခြင်းမျိုး သို့မဟုတ် တတိယပါတီ မှတဆင့် တောင်းခွင့်ကို Medicaid အေဂျင်စီ အား ပေးသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘ အတွက် ပါ ကျန်းမာရေး အထောက်အပံ့ ပယ်ယူရရှိရန် Medicaid အေဂျင်စီအား ခွင့်ပြုသည်။
- ဤလျှောက်လွှာတင်ပါသော ကေလးတစ်ဦး၏ အိမ်အပြင်တွင် နေထိုင်သလား။ ☐ ယူမည် ☐ မယူပါ
- ရှိပါက၊ ထိုမိဘအား ကျန်းမာရေးအထောက်အပံ့ပေးမည့် အေဂျင်စီနှင့် ပူးတွဲဆောင်ရွက်ရန် မေးမြန်းခံရမည်ကို သိပါသည်။ အကယ်၍ ထိုပူးတွဲဆောင်ရွက်မှုက ကျွန်ုပ်အတွက် သို့မဟုတ် ကေလး အတွက် ထိခိုက်နစ်နာမှုရှိနိုင်သည် ဟုယူဆလျှင် Medicaid ကို အကြောင်းကြားပြီး ကျွန်ုပ်ပူးတွဲဆောင်ရွက်မှုမပြုနိုင်ခြင်းဆိုနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာ ပံ့ပိုးမှုခံယူမှုများကို အမှန်အတိုင်း ဖြေဆိုထားကြောင်း ကျမ်းကျိန် ပုံနှိပ်ကတ်ပြားသည် အေအိုင်အိုင် လက်မှတ်ထိုးပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာ ပါ အခြေအနေကို သိလျှက်နှင့် ရှည်လျားချက်စွာ လိမ်ညာဖြေဆိုပါက ဖက်ဒရယ် တရားဥပဒေအရ အရေးယူခံရမည်ဖြစ်သည်ကို သိရှိပါသည်။
- လျှောက်လွှာတင်ဖြည့်ထားသော အချက်အလက်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အပြောင်းလဲတစ်ခုခု(ဖြည့်စွက်နှင့် မတူ)ရှိပါက Marketplace ကိုရက်ပတ် အတွင်း အကြောင်းကြားရန် လိုကြောင်းသိပါသည်။ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) သို့မဟုတ် ဖုန်း 1-800-318-2596 ကို ဆက်သယံဇာတကြောင်း သိပါသည်။ ၎င်းပြောင်းလဲမှုသည် ကျွန်ုပ်အတွက် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များအတွက် ရရှိခွင့် များ အပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ကြောင်းသိပါသည်။
- ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအောက်မှာ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံသား၊ လိင်၊ အသက်အရွယ်၊ ဒါမ္မာမဟုတ် မသန်မစွမ်းမှုအပေါ် အခြေခံပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံတာကို ခွင့်မပြုဘူးဆိုတာ ကျွန်တော်သိတယ်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုအတွက် တိုင်ကြားချက်တင်သွင်းရန် [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint) ကိုသွားရောက်နိုင်ပါသည်။
- လျှောက်လွှာတင်ဖြည့်ထားသော အချက်အလက်များ ကို ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိခွင့် နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ရန် အာမခံကြေးငွေ ကူညီပေးရန်(တောင်းဆိုပါက) နှင့် Marketplace ပရိုဂရမ်များ၏တရားဥပဒေဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များ အတွက် အသုံးပြုမည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်ထားပြီး သင့်ရုံးချယ်ပါက ဤ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး သင့် အတွက် ရရှိခွင့်ကို စစ်ဆေးမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အခြေအနေကို ဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးစီနှင့် မိမိတို့အား ငွေ၊ နှင့် /သို့မဟုတ် စားသုံးသူများ ၏ အချက်အလက် များစုစည်း သတင်းပို့ သည့် အေဂျင်စီ စသည့် ဌာနများ ၏ အချက်အလက် သိမ်းဆည်းထားသည့် အီလက်ထရောနစ် စာရင်းများတွင် ပြန်လည်စစ်ဆေးပါမည်။ မကုန်သည့်သော အချက်အလက်များအတွက် သက်သေအထောက်ထားများ ပြုရန် သင့်ကို တောင်းဆိုမည်။

အကယ်၍ ကျွန်တော်/ကျွန်မ ၏ ခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ မှားယွင်းခဲ့သော ဘာလုပ်ရမည်နည်း

သင့်ရရှိခွင့်နှင့် ပတ်သက်ပြီး သဘောမတူပါက၊ 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၊ နှစ်မျိုးမျိုး ရှိနေ သို့မဟုတ် တခြားသော ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်နိုင်သည်။ သို့မဟုတ် သင့်ဘာသာ အယူခံပွင့်ခွင့်ကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
- အယူခံပွင့်ခွင့်ကို တောင်းဆိုပါက အယူခံ အတွက် ဆိုင်းငံ့ကာလတွင် သင့်ကျန်းမာရေး အာမခံကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခွင့် ရကောင်းရလိမ့်မည်။
- အယူခံပွင့်ခွင့်ရလဒ်က သင့်မိသားစုဝင် များရဲ့ ရရှိခွင့် အပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။

Marketplace ၏ ရရှိခွင့် အတွက် အယူခံပွင့်ခွင့် [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/) ကိုသုံးပါ။ သို့မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၀၈-၂၅၉၆ ကိုဆက်ပါ။ ဖုန်းဖြင့် -- Marketplace Call Center နံပါတ် 1-800-318-2596 အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက 1-855-889-4325 ကို ခေါ်နိုင်သည်။ အယူခံပွင့်ခွင့် လျှောက်ထားခြင်းပုံစံ သို့မဟုတ် သင့်ဘာသာရေးသားထားသော 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 ကျန်းမာရေးအာမခံပွယ်ခင်း စာရင်းသင်းသည် အချိန်ကာလ အခွန်ခရက်တစ်၊ စာရင်းတင်ပြမှုစနစ်ဖြင့် ရေးလျော့ပေးခြင်း၊ Medicaid နှင့် CHIP တို့ကို လျှောက်ထားမှု အယူခံပွင့်ခွင့်သည် အခွန်ခရက်တစ် အတွက် သို့မဟုတ် စာရင်းတင်ပြမှု စနစ်ဖြင့် လျော့ပေးသည့် စနစ် ရရှိခွင့်ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ ပေးထားသည့် ပမာဏ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အယူခံ ပိုင်နိုင်သည်။ သင်နေထိုင်သောပြည်နယ်အပေါ်မူတည်ပြီး Marketplace မှတဆင့် အယူခံပွင့်ခြင်း သို့မဟုတ် Medicaid နှင့် CHIP အေဂျင်စီမှ တဆင့် အယူခံပွင့်ခွင့် လျှောက်ထား နိုင်ပါသည်။

ပုဂ္ဂိုလ် ၁ က ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။ အကယ်၍ သင်က ခွင့်ပြုချက်ရက်သုံးစွဲလွယ်ခြင်း ပုဂ္ဂိုလ် ၁ က Appendix C တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားပါက သင် ဒီနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။

လက်မှတ်	လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ(လ/မေ/နှစ်)

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

အဆင့် 6: ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာကို စာတိုက်မှပို့ပါ။



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



ဆန္ဒမဲပေးလိုပါက၊ မဲပေးဖို့ စာရင်းသင်းသည့် ပုံစံလွှာကို eac.gov တွင်ဖြည့်ပါ။

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အွတ်ကံ အကူအညီတောင်းခြင်း

အကယ်၍ သင့် အွတ်ကံ သို့ မဟုတ် သင် အကူ အညီပေး နေသူ တစ်ဦး အွတ်ကံ ကျန်းမာရေး အာမခံ ဈေးကွက်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများ မေးလိုပါက၊ သင့်မိခင် ဘာသာစကားဖြင့် မေးမြန်းပြောဆို ဖို့ အခမဲ့ အကူအညီ တောင်းခံခွင့်ရှိ ပါသည်။ ဘာသာပြန်များနှင့် ပြောဆိုရန် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၈၂၅၉၆ ကို ခေါ်ပါ။

ဘာသာပြန်ရနိုင်သော ဘာသာစကားများ နှင့် အထက်ပါ ကြေငြာချက်ကို ဘာသာပြန်ထားသည့် ဘာသာစကားများ စာရင်း အွတ်ကံ ဒီဇက်ရှင်တင် 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: စာရက်စာတမ်းလျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အသိပေးချက်။ ဥပဒေတွင် တင်ပြချမှတ်သော စာရက်စာတမ်း လျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အသက်ရှိသော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ် မပါပါက ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ကြေငြာခြင်း ပြုလုပ်ရန်မလိုပါ။ ယခုအချက်အလက်ကောက်ယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ်မှာ ၀၉၃၈၁-၁၁၉၁ ဖြစ်သည်။ အချက်အလက် ကောက်ယူရန်ကြာမြင့်ချိန်မှာ လူတစ်ဦးလျှင် ဖုန်းမျှ ၄၅မိနစ်ဖြစ်သည်။ ထို ၄၅မိနစ်တင် ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်သုံးသပ်ခြင်း၊ လက်ရှိအချက်အလက်များကို ရှာဖွေခြင်း လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ရယူခြင်း နှင့် အပြီးသပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ခြင်း များပါသည်။ အချိန်ခန့်မှန်းခြေ တိကျမှု သို့ မဟုတ် ဤ စောင်ပြည့်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကြံပြုလိုပါက အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူပြီး စာရေးအကြံပြုနိုင်သည်။ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အခြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၈၈-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်သည်။

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, કૌલ 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၊ ဝေဖန်မှု တင်ပြမှုတို့သည် စာရက်စာတမ်း လျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အသက်ရှိသော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ် မပါပါက ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ကြော်ငြာခြင်း ပြုလုပ်ရန်မလိုပါ။ ယခုအချက်အလက်ကောက်ယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ်မှာ ၀၉၃၈၁-၁၁၉၁ ဖြစ်သည်။ အချက်အလက် ကောက်ယူရန်ကြာမြင့်ချိန်မှာ လူတစ်ဦးလျှင် ပျမ်းမျှ ၄၅မိနစ်ဖြစ်သည်။ ထို ၄၅မိနစ်တင် ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်သုံးသပ်ခြင်း၊ လက်ရှိအချက်အလက်များကို ရှာဖွေခြင်း လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ရယူခြင်း နှင့် အပြီးသပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ခြင်း များပါဝင်သည်။ အချိန်ခန့်မှန်းခြေ တိကျမှု သို့မဟုတ် ဤဖောင်ပြည့်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကြံပြုလိုပါက အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူပြီး စာရေးအကြံပြုနိုင်သည်။ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



နောက်ဆက်တွဲ A: လုပ်ငန်းခွင်မှပေးသောကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု

အကယ်၍ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို မိသားစုဝင်တစ်ဦးအား သူ၏ အလုပ်မှ ရရှိခွင့် မရှိပါက၊ အဆိုပါ အာမခံကို လက်မခံလျှင်တောင်မှ ဤမေးခွန်းများအား ဖြေရန်မလိုပါ။ 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 ယူသွားကာ မေးခွန်းများအား ကူဖြေဆိုခိုင်းပါ။

၀န်ထမ်း ၏ အချက် အလက်

1. ၀န်ထမ်း ၏ အမည် (ပထမအလယ်၊ နောက်ဆုံး)	2. ၀န်ထမ်း ၏ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)

အလုပ်ရှင်၏ အချက်အလက်

3. အလုပ်ရှင်/ ကုမ္ပဏီ အမည်	
4. အလုပ်ရှင်၏ မှတ်ပုံတင် အမှတ် (EIN)	5. အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ်

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

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

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။ (နံပါတ် 1 - ဇန်နဝါရီ 15)

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

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

☐ ပေးပါသည်။ ပေးလျှင် မည်သူ့ ကို ပေးထားသလဲ။ ☐ အိမ်ထောင်ဘက် ☐ ဦးစီးသူ (များ) ☐ မေးပါ (မေးခွန်း ၁၄ သို့ ဆက်ပါ)

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

အမည် အမည် အမည်

ဤအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းသော တန်ဖိုးအနည်းဆုံး ကျန်းမာရေးအစီအမံ အကြောင်းပြောပြပါ။

14. အလုပ်ရှင် ကမ်းလှမ်းသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ သည် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသလား*
☐ ကိုက်ညီသည် (မေးခွန်း ၁၅ သို့ သွားပါ) ☐ မကိုက်ညီ (ရပ်ပြီး ဒီပုံစံလွှာကို အလုပ်သမားအားပြန်ပေးပါ)
15. အလုပ်ရှင်ပေးသော အာမခံများအနက် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ* အတွက် ၀န်ထမ်း က မည်မျှ ပေးဆောင်ရမည်နည်း။ မိသားစု အစီအမံများအတွက် ထည့်မှတ်ပါနှင့်။
a. ၀န်ထမ်းမှ ပေးရမည့် ကျန်းမာရေး လစဉ်ကြေးငွေ၊ \$
မှတ်ချက်။ ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် အလုပ်သမားမှ ပေးနိုင်သည့် အနိမ့်ဆုံး ပမာဏကိုရေးပါ။
b. ၀န်ထမ်းမှ ဤ ပမာဏကို ပေးမည်။ ☐ အပတ်စဉ် ☐ ၂ပတ်တစ်ကြိမ် ☐ တစ်လ နှစ်ကြိမ် ☐ တစ်လ တစ်ကြိမ် ☐ သုံးလ တစ်ကြိမ် ☐ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်
16. အခြား အိမ်ထောင်စုဝင်များကို မေးခွန်း 13 တွင် စာရင်းပေးထားလျှင်- အလုပ်သမားနှင့် မေးခွန်း 13 တွင် စာရင်းပေးထားသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များ ပါဝင်မည့် ကုန်ကျမှု-အနည်းဆုံး အစီအစဉ်အတွက် အလုပ်သမားက မည်သို့ ပေးချေမည်နည်း? အလုပ်ရှင်က ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များကို စီစဉ်ပေးထားလျှင်၊ ဆေးရွက်သုံးစွဲမှု ရပ်စဲရေး အစီအစဉ် တစ်ခုခုအတွက် အလုပ်သမားက အများဆုံး လျှော့စျေးကို ရရှိလျက် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များကို အခြေခံထားသည့် အခြားလျှော့စျေးများကို မရယူမည်ဆိုပါက အလုပ်သမားမှ ပေးချေနိုင်သည့် ပရီမီယံကြေးကို ရိုက်ထည့်ပေးပါ။
a. ၀န်ထမ်းမှ ပေးရမည့် ကျန်းမာရေး လစဉ်ကြေးငွေ၊ \$
b. ၀န်ထမ်းမှ ဤ ပမာဏကို ပေးမည်။ ☐ အပတ်စဉ် ☐ ၂ပတ်တစ်ကြိမ် ☐ တစ်လ နှစ်ကြိမ် ☐ တစ်လ တစ်ကြိမ် ☐ သုံးလ တစ်ကြိမ် ☐ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

*ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် တစ်ရပ်သည် အနိမ့်ဆုံးတန်ဖိုး သတ်မှတ်ချက် စံချိန်စံညွှန်းထားနှင့် ကိုက်ညီအောင် သတ်မှတ်ထားသော လူဦးရေ အတွက် အနည်းဆုံး ဆေးဝါးကုသမှုကုန်ကျစာရင်း ၆၀% ကို ပေးပြီး၊ အရေးကြီးသည့် ဆေးရုံများ နှင့် ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်ကုသခြင်းများ အတွက် ပေးဆောင်ရပါမည်။

? လျှောက်ထားရန် အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၇၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၇၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ၀န်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အခြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၈၈-၈၈၄-၄၃၂၅ ကို ဖော်နိုင်သည်။



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 သက်သေခံစာရက်များကိုပါ ပူးတွဲတင်ပါ။

1. ခွင့်ပြုမိန့် ရ ကိုယ်စားလှယ် ၏ အမည်(ပထမအမည်၊ အလယ် အမည်၊ နောက်ဆုံး အမည်)			
2. လိပ်စာ		3. အိမ်လိပ်စာ 2	
4. မြို့နယ်		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)



မဖြည့်ပါနှင့် အသိပေးရန် အတွက်မျှပါ။
နောက်ဆက်တွဲ D: ဘဝနေထိုင်မှု အခြေအနေအထားဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ



Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

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

ဤလျှောက်လွှာထဲက တစ်ဦးဦးသည် လွန်ခဲ့သည့် ရက် 60 ထဲတွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ ဆုံးရှုံးခဲ့ရခြင်း၊ 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 ဤမေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးရန် အကြံပြု လိုပါသည်။ (နံပါတ် 1 - ဇန်နဝါရီ 15)

ဤမေးခွန်းများအား ဖြေချင်မှ ဖြေပါ။ သင့်ဘဝနေထိုင်မှု အခြေအနေ အပြောင်းလဲ မရှိပါက အဖြေများကို ကွက်လပ် ချန်ထားပါ။ အပြောင်းအလဲ မရှိသော်လည်း Medicaid နှင့် ထုတ်ဝေထုတ်ဝေ(CHIP) ကို တစ်နှစ်တာ ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ ဖက်ဒရယ်မှ အသိအမှတ်ပြုထားသော လူမျိုးစုများ နှင့် အလက်ဇက် ဇာတိနယ်ပိုင် 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	ကျန်းမာရေးအာမခံ အဆုံးသတ်သွားသောနေ့ သို့မဟုတ် ရက်တန် သွားမည့် နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

2. လွန်ခဲ့သော ရက် 60 အတွင်း အိမ်ထောင်ပြုသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

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

ရှိသည်ဆိုလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်များ ဤနေရာ၌ ဖြည့်စွက်ပါ။

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

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

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

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

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

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

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

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

7. လွန်ခဲ့သည့် ရက် 60 အတွင်း တစ်စုံတစ်ယောက် ပြောင်းရွှေ့ပါသလား?

နာမည်များ	ပြောင်းသည့် နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

a. သင်၏ ယခင်လိပ်စာအတွက် ZIP ကုဒ်ကို ဖော်ပြပေးပါ။ ☐ အကယ်၍ သင်သည်နိုင်ငံခြားတိုင်းပြည် တစ်ခုခု သို့မဟုတ် အေမရိကန် ပိုင်နက် နယ်မြေ မှ ပြောင်းရွှေ့နေထိုင်သူ ဖြစ်လျှင် ဤနေရာတင်ဖြည့်ပါ။

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

အကယ်၍ ရရှိနိုင်ပါက ၎င်းတို့၏ အမည်များကို အောက်တွင် ရေးပါ။

နာမည်များ