

လူမှုရေးရာဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန

အတည်ပြု စစ်ဆေးစာရင်း

ခရိုင် မိသားစု နှင့်ကလေးများ ဝန်ဆောင်မှု ဌာန

အမည် _____

အမှုကိုင်မန်နေဂျာ/အမှုတွဲ: _____

လိပ်စာ _____

အမှု နံပါတ်: _____

စာပို့သည့် ရက်စွဲ/စာပေးအပ်သည့်နေ့: _____

အောက်ဖော်ပြပါ အမှန်ဖြစ်ပြီးသား အရာများကို တစ်ဖက်ဖော်ပြပါရက်စွဲ _____ မတိုင်မီ လက်ခံရမည်ဖြစ်သည်။ ဤအရာများမရှိလျှင် ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ရထိုက်ခွင့်ကို ဆုံးဖြတ်နိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ သင့်လျှောက်လွှာ သို့မဟုတ် ဆောင်ရွက်ဆဲရှိလျက် အမှုကိစ္စ ကို ပြင်းပယ် သို့မဟုတ် ပိတ်သိမ်း နိုင်သည့် သို့မဟုတ် အချို့အသင်းဝင်များ ရထိုက်ခွင့်ရှိနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ အချက်အလက်များကို သင့်အနေဖြင့် _____ သို့ fax ပို့နိုင်သည်။ အကယ်၍ တောင်းဆိုသည့် အချက်အလက်ကို သင် မရနိုင်လျှင် သို့မဟုတ် သင် အချိန်ပိုလိုအပ်လျှင် ကျေးဇူးပြု၍ ဝန်ဆောင်မှုရယူသူဝန်ဆောင်မှုသို့ ဖုန်း _____ သို့မဟုတ် စာတိုက်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပါ။

Food Stamps	Medicaid	TANF	Food Stamps	Medicaid	TANF
		၎င်းအတွက် အလုပ်ရှင်ထံမှ ချက်လက်မှတ် ဖြတ်ပိုင်း သို့မဟုတ် ရှင်းတမ်းစာ: _____ ကာလအတွက် ချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်းကို တင်ပြပါ။			လူမှုဝင်ငွေ၊ SSI စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် အလုပ်လက်ခံထောက်ပံ့ကြေးများ၊ ကလေးစရိတ်၊ အလုပ်သမားအလျှောက်ကြေး၊ သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်သို့အခြား ဝင်ငွေ တို့မှအထောက်အထားများ။
		နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသား အထောက်အထား:			သင့်အိမ်ထောင်သို့ ပိုက်ဆံ ၊ ကလေးစရိတ် သို့မဟုတ် အခြားအကူအညီပေး သည့် သူ(များ) ထံမှ လက်မှတ်ထိုး ရက်စွဲတစ်ထားသည့် ရှင်းတမ်းစာ (များ)
		လူမှုဝင်ငွေရန်ပုံငွေ/ လျှောက်လွှာနံပါတ် အထောက်အထား:			အခြား (ရထိုက်ခွင့်ကို ဆုံးဖြတ်ရန်လိုအပ်သည့် မည်သည့် အတည်ပြုချက်မဆို)
		မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်းအထောက်အထား (ခါတိတ်):			

အောက်တွင်အမှန်ဖြစ်ထားသည့်အထောက်အထားကို ယူလာပါ သို့မဟုတ် စာပို့ပါ သို့မဟုတ် Food Stamps တွင်ဖြတ်တောက်မှုအဖြစ် ကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့ သုံးရလိမ့်မည်မဟုတ်ပါ။ ၎င်းပြင် TANF သို့မဟုတ် Medicaid အတွက် သင့်ရထိုက်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်မည် မဟုတ်ပါ။

Food Stamps သာလျှင်	Medicaid သာလျှင်	TANF သာလျှင်
<input type="checkbox"/> လက်ရှိအိမ်လခ /အိမ်အကြေးပြန်ဆပ်ငွေ	<input type="checkbox"/> ပျက်ကွက်မိသ (များ) ၏ အကြောင်း အချက်အလက်-	<input type="checkbox"/> ပျက်ကွက်မိသ၏ အကြောင်း အချက်အလက်-
<input type="checkbox"/> အိမ်ရှင်၏အာမခံ နှင့်/အခွန်ပေးငွေ	<input type="checkbox"/> လျှောက်ထားသည့်အတွက် အထောက်အထား-	<input type="checkbox"/> လျှောက်ထားသည့်အတွက် အထောက်အထား-
<input type="checkbox"/> လက်ရှိ ဓါတ်ငွေ, လျှပ်စစ်၊ ဖုန်း၊ သို့မဟုတ် အခြား အသုံးအဆောင် ကုန်ကျစရိတ်များ	<input type="checkbox"/> ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ ထံမှ ကိုယ်ဝန်ရှိကြောင်းနှင့် မွေးမည့်ရက်အတွက် ထောက်ခံစာ	<input type="checkbox"/> ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ ထံမှ ကိုယ်ဝန်ရှိကြောင်းနှင့် မွေးမည့်ရက်အတွက် ထောက်ခံစာ
<input type="checkbox"/> ဆေးဖက်ကုန်ကျစရိတ်များ (ဆရာဝန်၊ ခရီး ၊ ဆေးစာ၊ ကျန်းမာရေးအာမခံ၊ ပရီမီယံငွေ၊ ဆေးရုံတက်ကုစရိတ်) -	<input type="checkbox"/> ဆေးဖက်ကုန်ကျစရိတ်များ (ဆရာဝန်၊ ခရီး ၊ ဆေးစာ၊ ကျန်းမာရေးအာမခံ၊ ပရီမီယံငွေ၊ ဆေးရုံတက်ကုစရိတ်) -	<input type="checkbox"/> ကာကွယ်ဆေးထိုးထားသည့် မှတ်တမ်း
<input type="checkbox"/> တရားဝင်ကလေးစရိတ်ကျသင့်ငွေ အထောက်အထား နှင့် သင့်အိမ်တွင်မရှိသည့် ကလေးအတွက် အမှန်တကယ် ပေးခဲ့သည့်ငွေ အထောက်အထား	<input type="checkbox"/> နိုင်ငံသား၏ မြွက်ဟကြောညာချက်-	<input type="checkbox"/> တရားဝင်ကလေးစရိတ် ကျသင့်ငွေ နှင့် သင့်အိမ်တွင် မနေသည့်သူတစ်ဦးဦးအတွက် ပေးခဲ့သည့်ငွေ
<input type="checkbox"/> ကလေးထိန်း ကုန်ကျစရိတ်များ-	<input type="checkbox"/> အခြားကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ် တတိယပုဂ္ဂိုလ် တာဝန်ရှိမှုအာမခံ အထောက်အထား-	<input type="checkbox"/> ကလေးထိန်း ကုန်ကျစရိတ်များ-
<input type="checkbox"/> အခြား	<input type="checkbox"/> အခြား	အခြား (မိသားစုစောင့်ရှောက်မှု ၊ လက်ရှိဘက်စာရင်း စသဖြင့် အထောက်အထား)