



ကျန်းမာရေးအာမခံ နှင့် ကုန်ကျစားရိတ်ကူညီပေးရန် လျှောက်ထားခြင်း

Form Approved
OMB No. 0938-1213

▶ ပိုမိုမြန်အောင် အွန်လိုင်း HealthCare.gov မှလျှောက်ပါ။



ဤလျှောက်လွှာ သုံးပြီး သင့်အတွက် မည်သည့် အာမခံနှင့် စံညွှန်းကိုက်ညီနိုင်မည်ကို ကြည့်ပါ။

- သင်ကျန်းမာစွာ နေထိုင်နိုင်အောင် ကူညီဖို့ ပြီးပြည့်စုံသော အာမခံမှပေးပြီး ၊ တစ်နိုင်သောပါဝင်မှု ပေးဆောင်နိုင်သည့် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးအာမခံ များ။
 - သင့် ကျန်းမာရေး အာမခံ ဝယ်ရန် အတွက် ပေးဆောင်ရသည့် အာမခံ ကြေးများ ကို ချက်ခြင်း ကူညီပေးနိုင်သည့် အခွန် ခရက်တစ် အသစ်။
 - Medicaid မှ အခမဲ့ သို့မဟုတ် စားရိတ်နည်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ကလေးကျန်းမာရေးအာမခံ ပရိုဂရမ် (CHIP)
- နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ ဒေါ်လာ ၉၇၂၀၀ ရှိသော်လည်း (မိသားစုဝင် ၄ ဦးရှိ) သင့် အနေဖြင့် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စားရိတ်နည်း ကျန်းမာရေး ပရိုဂရမ် ကို ရနိုင်ပါသည်။**



မည်သူတွေက ဒီလျှောက်လွှာကို သုံးနိုင်သလဲ

- သင့် မိသားစုဝင် မည်သူအတွက် မဆို လျှောက်ထားရာတွင် ဤလျှောက်လွှာကို သုံးပါ။
- **သင့် ကလေး တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရပြီး ဖြစ်သော်လည်း လျှောက်ကြည့်ပါ။ ပိုမို စားရိတ်နည်း သို့မဟုတ် အခမဲ့ ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် သတ်မှတ်ချက် စံချိန်ညှိနိုင်ပါသည်။**
- အကယ်၍ သင့်မှာ အိမ်ထောင်ဘက် မရှိလျှင် လျှောက်လွှာ အတို ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ HealthCare.gov
- တနေရာမှ တနေရာသို့ ရွှေ့ပြောင်း နေထိုင်သူ မိသားစုများ လျှောက်ထား နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင့် အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ မရနိုင်သော်လည်း သင့် ကလေး အတွက် ရနိုင်ပါသည်။ လျှောက်ထားခြင်းကြောင့် သင်၏ လူဝင်မှု ဆိုင်ရာ အခြေအနေ ကို ထိခိုက်ခြင်း၊ အမြဲတမ်း နေထိုင်ခွင့် သို့မဟုတ် နိုင်ငံသားဖြစ်မည့် အခွင့်အရေး များကို ထိခိုက်ခြင်း မရှိပါ။
- တစ်ဦး တစ်ယောက် အကူအညီ ဖြင့် ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ပါက နောက်ဆက်တွဲ ၈ ကို ဖြည့်ရန်လိုပါသည်။



ဖည့်စွက်ရန် ဘာတွေလိုမလဲ

- လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (Social Security Numbers) သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ အတွက် ရနိုင်သည့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများ နံပါတ်။
- သင့်မိသားစုဝင် တစ်ဦးချင်း ၏ အလုပ်ရှင် နှင့် ဝင်ငွေ ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (ဥပမာ ဝင်ငွေပြသည့် ဖြတ်ပိုင်း၊ W-2 များ သို့မဟုတ် ဝင်ငွေနန်းပြ နှင့် အခွန်စာရွက် စာတမ်းများ)
- လက်ရှိ သုံးစွဲနေသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အတွက် ပေါ်လစီ နံပါတ်များ
- သင့်မိသားစု အတွက် လုပ်ငန်းခွင်မှပေးသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု နှင့် ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များ



မည်သည့် အတွက် ကြောင့် ဤအချက် အလက်များကို တောင်းရသနည်း။

သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် တခြားအချက်အလက် များကို မေးခြင်းအားဖြင့် သင့် အတွက် မည်သည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကို ရနိုင်ပြီး၊ ကုန်ကျမှု အတွက် ပြန်ပေးရာတွင် အကူအညီ ရနိုင် မရနိုင် အသိပေးနိုင်ပါသည်။ ထို အချက် အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ က ဥပဒေနှင့် အညီ လုံခြုံစွာ၊ ပေါက်ကြားခြင်း မရှိအောင် သိမ်းဆည်း ထားပါမည်။ The Privacy Act Statement ကို HealthCare.gov တွင် သို့မဟုတ် ညွှန်ကြား ချက်များ တွင် လေ့လာနိုင်ပါသည်။



နောက်တဆင့် ဘာထပ်ဖြစ်မလဲ

ဖြည့်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပြီးသော လျှောက်လွှာကို စာမျက်နှာ ၇ တွင် ပေးထားသည့် လိပ်စာအတိုင်း ပို့ ရမည်။ လိုအပ်သော အချက်အလက် များ အားလုံး မရှိသော်လည်း လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးပြီး တင်ပါ။ လျှောက်ထားပြီး တစ်ပတ် မှ နှစ်ပတ် အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ က သင့်အား ဆက်သွယ်ပါမည်။ **လိုအပ်သည့် အချက်အလက်များ အတွက် Marketplace မှ သင့်ထံ ဖုန်းခေါ်မည်။** ကျွန်ုပ်တို့ ထံမှ အဆက်သွယ်မရပါက Marketplace Call Center ကို ဆက်သွယ်ပါ။ ဤ လျှောက်လွှာ ဖြည့်ခြင်း က ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို ဝယ်ရမည် ဟု မဆိုလိုပါ။



ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ဖို့ အကူညီလိုပါက

- **အွန်လိုင်း။** HealthCare.gov အင်တာနက် စာမျက်နှာကိုသွားပါ။
 - **ဖုန်းဖြင့်။** Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆၊ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်ပါသည်။
 - **ကိုယ်တိုင်လျှောက်ရန်။** သင့်နေရာ တပိုက်တွင် လျှောက်ရန်ကူညီပေးသည့် ကျွမ်းကျင်သူများရှိနိုင်ပါသည်။ HealthCare.gov သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။
 - **တခြားဘာသာစကား။** အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြားဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်း အား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။
- အချက်အလက်များကို သင်ကြိုက်နှစ်သက်ရာ ပုံစံဖြင့် ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင်ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည် ဟု ယူဆပါက အင်တာနက် စာမျက်နှာ www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html တွင် သို့မဟုတ် Marketplace Call Center ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆ ကိုဆက်ပါ။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်ပါသည်။

PRA Disclosure Statement: စာရွက်စာတမ်းလျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အသိပေးချက်။ ၀၉၉၅ တွင်ချမှတ်သော စာရွက်စာတမ်း လျှော့ချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အသက်ရှင်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ် မပါပါက ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ကြော်ငြာခြင်း ပြုလုပ်ရန်မလိုပါ။ ယခုအချက်အလက်ကောက်ယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ်မှာ ၀၉၃၈၁-၁၀၉၁ ဖြစ်သည်။ အချက်အလက် ကောက်ယူရန်ကြားဖြင့်ချိန်မှာ လူတစ်ဦးလျှင် ပျမ်းမျှ ၄၅မိနစ်ဖြစ်သည်။ ထို ၄၅မိနစ်တွင် ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်သုံးသပ်ခြင်း၊ လက်ရှိအချက်အလက်များကို ရှာဖွေခြင်း လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ရယူခြင်း နှင့် အပြီးသပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ခြင်း များပါဝင်သည်။ အချိန်ခန့်မှန်းခြေ တိကျမှု သို့မဟုတ် ဤ ဖောင်ဖြည့်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကြံပြုလိုပါက အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူပြီး စာရေးအကြံပြုနိုင်ပါသည်။ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



မှန်အနက် သို့မဟုတ် အပြာရင့်ရောင်ကို သုံးပါ။ စာလုံးကြီးကို သာ အသုံးပြုပါ။

(○) နေရာကို ပြည့်သွားအောင် ဤ သို့ ဖြည့်ပါ → ●.

အဆင့် 1: သင့်အကြောင်းပြောပြပါ။

(သင့်လျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆက်သွယ်ရန် မိသားစုဝင် လူကြီးတစ်ယောက် လိုအပ်ပါသည်။)

1. ပထမ နာမည်	အလယ် နာမည်	နောက်ဆုံး နာမည်	ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး
2. နေရပ်လိပ်စာ(မရှိပါက ကွက်လပ် ချန်ထားပါ)			3. တိုက်ခန်း သို့မဟုတ် အခန်းနံပါတ်
4. မြို့	5. ပြည်နယ်	6. စာပို့ နယ်မြေနံပါတ်	7. မြို့နယ်၊ နယ်မြေ သို့မဟုတ် ရပ်ကွက်
8. စာလက်ခံရာလိပ်စာ(နေရပ်လိပ်စာနှင့် ကွဲပြားပါက)			9. တိုက်ခန်း သို့မဟုတ် အခန်းနံပါတ်
10. မြို့	11. ပြည်နယ်	12. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	13. မြို့နယ်၊ နယ်မြေ သို့မဟုတ် ရပ်ကွက်
14. နေ့စဉ်တွင် ဆက်သွယ်နိုင်သော ဖုန်းနံပါတ် () -		15. ညနေခင်း တွင် ဆက်သွယ်နိုင်သော ဖုန်းနံပါတ် () -	
16. DoD လျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ကို အီးမေးလ်မှ တဆင့် ရယူလိုပါသလား။ <input type="radio"/> ယူမည် <input type="radio"/> မယူပါ အီးမေးလ်လိပ်စာ			
17. စကားပြောရာတွင် အသုံးပြုလိုသော ဘာသာစကား က ဘာလဲ ရေးသားရာတွင် အသုံးပြုလိုသော ဘာသာစကားက ဘာလဲ			

အဆင့် 2: သင့်မိသားစု အကြောင်း ပြောပြပါ။

ဤလျှောက်လွှာ တွင် မည်သူ့ ကို ထည့်သွင်း လျှောက်ထားဖို့ လိုသလဲ။

ကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိသည်ဖြစ်စေ၊ မရှိသည်ဖြစ်စေ မိသားစုဝင် တစ်ယောက်ချင်း သည် အဆင့် ၂ မှ စာမျက်နှာများကို ဖြည့်စွက်ရပါမည်။ လူတိုင်းအတွက် အကောင်းဆုံး ကျန်းမာရေး အာမခံချက် ပေးနိုင်ရန် ဤ လျှောက်လွှာ ရှိ အချက် အလက်များက အထောက်အကူပြုသည်။ သင်ရရှိသော အကူညီ အမျိုးအစားနှင့် ပမာဏ မှာ မိသားစုဝင် အရေအတွက် နှင့် ဝင်ငွေ အပေါ်မူတည်သည်။ ကျန်းမာရေးအာမခံရန် လျှောက်ထားသော မိသားစုဝင် တယောက်ကို ဤ လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားခြင်း မရှိလျှင် သင့်လျှောက်လွှာ ရလဒ်အပေါ်တွင် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။

- အာမခံလိုအပ်သော အရွယ်ရောက်ပြီး လူကြီးများအတွက်:**
- သူတို့ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို မလျှောက်လျှင်လဲ ဖော်ပြပါ။
 - အိမ်ထောင်ဘက်
 - ၂၁ နှစ်အောက် အတူနေထိုင်သော သား သို့မဟုတ် သမီး၊ အိမ်ထောင်ဘက်မှပါသော ကလေးများပါ ဖော်ပြပါ။
 - ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ဆောင်ရာတွင် 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 (သို့မဟုတ် မိခွေး ဘဇွေး)
 - အတူနေသော မောင်နှမများ
 - အတူနေထိုင်သော သား သို့မဟုတ် သမီး၊ အိမ်ထောင်ဘက်မှပါသော ကလေးများပါ ဖော်ပြပါ။
 - ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ဆောင်ရာတွင် ထည့်သွင်း ထားသောသူ။ ကျန်းမာရေးအာမခံရရန် အခွန်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။

မိသားစုဝင် တစ်ဦးစီ အတွက် အဆင့် ၂ ကို ပြီးအောင်ဖြည့်ပါ။

သင့်အတွက် အရင် စဖြည့်ပါ။ ထို့ နောက် အခြား မိသားစုဝင် နှင့် ကလေးများအတွက် ဖြည့်ပါ။ မိသားစုဝင် ၂ ယောက်ထက်ပိုရှိပါက စာမျက်နှာများကို မိတ္တူကူးပြီး တွဲတင်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ မလိုသောသူများ အတွက် တရားဝင်နေထိုင်မှု ရှိမရှိ သို့မဟုတ် လူမှုလိုခြုံရေးနံပါတ်(SSN) ဖြည့်စရာမလိုပါ။ ဥပဒေအရ သင်၏ ပုဂ္ဂလိက အချက်အလက် များကို မပေါက်ကြားစေရန် ထိန်းသိမ်းထား မည်ဖြစ်ပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံ ရနိုင် မရနိုင် ဆုံးဖြတ်ဖို့ အသုံးပြုခြင်းသာဖြစ်သည်။



အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 1 (သင့်အနေဖြင့် ဆက်ဖြည့်ပါ)

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

အလုပ်အကိုင်ရှိ သင်သည် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေပါက သင့်ဝင်ငွေအကြောင်း ပြောပြပါ။ မေးခွန်း ၂၁ ဖြင့် စပါ။ အလုပ်လက်မဲ့၊ မေးခွန်း ၃၁ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူ၊ မေးခွန်း ၃၁ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင် ၁။

21. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

[Blank space for employer name]

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။

[Blank space for employer address]

b. မြို့။	c. ပြည်နယ်	d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	22. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။
[Blank]	[Blank]	[Blank]	([Blank]) [Blank] - [Blank]

23. တစ်နှာစီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) တစ်နှာစီချင်း တစ်ပတ်ချင်း ၂နှစ် တကြိမ်
 တစ်လ ၂ ကြိမ် တစ်လ တစ်ကြိမ် တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

\$ [Blank]

24. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း။

[Blank]

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင် ၂ (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလိုပါက၊ နောက်ထပ် စာရွက်တစ်ရွက် ဖြင့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

25. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

[Blank space for employer name]

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။

[Blank space for employer address]

b. မြို့။	c. ပြည်နယ်	d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	26. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။
[Blank]	[Blank]	[Blank]	([Blank]) [Blank] - [Blank]

27. တစ်နှာစီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) တစ်နှာစီချင်း တစ်ပတ်ချင်း ၂နှစ် တကြိမ်
 တစ်လ ၂ ကြိမ် တစ်လ တစ်ကြိမ် တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

\$ [Blank]

28. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း။

[Blank]

29. ယခင်နှစ်တွင် သင် အလုပ်ပြောင်းသလား၊ အလုပ်မှ ရပ်နားခဲ့သလား၊ နာရီလျော့ လုပ်ခဲ့သလား၊ အထက်ပါ အကြောင်းရာ တစ်ခုမှမဟုတ်။

30. အကယ်၍ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ပါက မေးခွန်း ၈ နှင့် ၉ ကို ဖြေပါ။

a. အလုပ်အမျိုးအစား။ [Blank]

b. အသားတင်ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစားရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ ညွှန်ကြားချက်တွင် ကြည့်ပါ။ \$ [Blank]

31. ယခုလအတွင်း ရသော တကြိမ်ဝင်ငွေ သက်ဆိုင်သည့်အားလုံးဖြည့်ပါ။ ရသောပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။ မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို ရေးပါ။ မှတ်ချက်။ ။ ကလေးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊ စစ်မှုထမ်းခံစားရငွေအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလုံခြုံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

<input type="radio"/> အလုပ်အကိုင်မရှိ။	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]	<input type="radio"/> ကွဲကနေသောအိမ်ထောင်ဘက် ထံမှ ရသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]
<input type="radio"/> ပင်စင်	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]	<input type="radio"/> စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးမွေးမြူခြင်းမှရသည့် အသားတင်ဝင်ငွေ	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]
<input type="radio"/> လူမှုလုံခြုံရေး	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]	<input type="radio"/> ငှားရမ်းခြင်း / ဝမ်းစည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]
<input type="radio"/> အငြိမ်းစားရငွေ အကောင်အထည်	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]	<input type="radio"/> အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]

32. ကုန်ကျစားရိတ်တွက်ဝင်ငွေများ သက်ဆိုင်သည့်ကွက်လပ်များအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဗဟိုဝင်ငွေခွန်တွက်ရာတွင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစားရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကုန်ကျစားရိတ်အား အတွက် ကုန်ကျစားရိတ် ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။ မှတ်ချက်။ ကလေးထောက်ပံ့ကြေးပေးထားခြင်း သို့ မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ရာတွင် ကုန်ကျစားရိတ်ထည့်ထားပြီး သား ကို ပြန်မထည့်ပါနှင့်။ (မေးခွန်းနံပါတ် 30b) .

<input type="radio"/> ကွဲကနေသောအိမ်ထောင်ဘက် အားပေးသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]	<input type="radio"/> အခြားကုန်ကျစားရိတ်များ အမျိုးအစား	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]
<input type="radio"/> ပညာသင်ကြားခြင်း- ရှားငွေ အတိုး	\$ [Blank]	အကြိမ်အရေအတွက် [Blank]			

33. တစ်နှစ်တာ အတွင်း သင့်ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲမှု။ တစ်နှစ်တာလုံးမလုပ်ခြင်း သို့ မဟုတ် လအနည်းငယ် အတွက်ပဲ အကျိုးမြတ် ရရှိခြင်းဖြစ်ပါက ဒီမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ လစဉ်ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲမရှိပါ နောက်တစ်ဦးဆီသို့ ကျော်ဖြေပါ။ ➡

ယခုနှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ	\$ [Blank]	နောက်နှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (ကွဲပြားမည့်ဟုယူဆပါက)	\$ [Blank]
-------------------------------	------------	---	------------

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ သင့်အကြောင်း သိဖို့ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။

မပြည့်ပါနှင့်၊ ဤဟာသည် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။



စာမျက်နှာ 7 ၏ နံပါတ် 4

အဆင့် ပုဂ္ဂိုလ် 2

မှတ်ချက်။ ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ကျန်းမာရေး အာမခံမလိုပါ။ ဤစာမျက်နှာရှိ မေးခွန်း ၁-၁၀ ကို ဖြည့်ပါ။ အကယ်၍ မိသားစု ၂ ဦးထက် ပိုမိုက တစ်မျက်နှာ၄-၅ ကို ဖြည့်ပါ။

ဒီစာမျက်နှာကို သင်၏ အိမ်ထောင်ဘက်/ အဖော်၊ အတူနေထိုင်သော သားသမီးများနှင့် ဗဟို ဝင်ငွေ အခွန်ပေးဆောင်သော လျှောက်လွှာတွင် အမည် ပါသောသူများ အတွက် ဖြည့်ပါ။ ဖြည့်ရန်လိုအပ်သည့် သူများ အကြောင်း သိလိုလျှင် စာမျက်နှာ ၁ ကို ဖတ်ပါ။ အခွန်ငွေပေးဆောင်ထားခြင်း မရှိလျှင် သင်နှင့် အတူ နေသော သူများ အားလုံးကို ထည့်သွင်း ဖော်ပြရမည် ကို သတိရပါ။

1. ပထမ နာမည် _____ အလယ် နာမည် _____ နောက်ဆုံး နာမည် _____ ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး _____

2. ပုဂ္ဂိုလ် ၁ နှင့် တော်စပ်ပုံ၊ ညွှန်ကြားချက်ကို ကြည့်ပါ။ _____ 3. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ အိမ်ထောင်ရှိသလား။ ယူမည် မယူပါ 4. မွေးနေ့ (လ/နေ့/နှစ်) _____ 5. လိင် ကျား မ

6. လူမှုပုံနှိပ်ခြင်းနံပါတ် (SSN) _____ **★ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ လူမှုပုံနှိပ်ခြင်းနံပါတ် (SSN) ရှိပါက သူ့အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်လုပ်ပါ ဖြည့်ရန် လိုအပ်သည်။**

7. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ က ပုဂ္ဂိုလ် ၁ နှင့် နေရပ်လိပ်စာတူသလား။ _____ ယူမည် မယူပါ **မတူပါက လိပ်စာကို ရေးပါ။** _____

8. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လာမည့်နှစ် အတွက် ဗဟို ဝင်ငွေခွန်ဆောင်ရန် အိမ်အစဉ်ရှိပါသလား။ ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေအခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ ပေးဆောင်မည်၊ ပေးဆောင်မည် ဆိုပါက မေးခွန်း ၈ မှ ၈ ငှါ ဖြည့်ပါ။ မပေးဆောင်ဘူး၊ မပေးဆောင်ဘူး ဆိုပါက မေးခွန်း ၈ သို့ ကျော်ပြီးဖြေပါ။
a. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အခွန်ဆောင်မည်လား။ _____ ယူမည် မယူပါ **ဆောင်မည်ဆိုပါက** အိမ်ထောင်ဘက် ၏ အမည် ရေးပါ။ _____
b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အားမှီခိုနေထိုင်သူများကို အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်းမည်လား။ _____ ယူမည် မယူပါ **ထည့်သွင်းမည်ဆိုလျှင်** မှီခိုသူများ ၏ အမည်ကို ရေးပါ။ _____
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 လက်ရှိကိုယ်ဝန် မှ မွေးဖွားလာမည့် ကလေး အရေအတွက် ဘယ်လောက်လဲ။ _____

10. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီး ကောင်းသော သို့ မဟုတ် ပိုပြီး ဈေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များရှိနိုင်ပါသည်။) ရှိသည် အာမခံဖြင့် ဖြစ်ပါက အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။ မရှိပါ အာမခံ မရှိပါက စာမျက်နှာ ၅ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်နှာတွင် ကျန်သော မေးခွန်းများကို ဖြေရမလိုပါ။

11. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နှင့် ခံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာ စသော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကြောင့် လုပ်ငန်းဆောင်တာများ (ရေချိုးခြင်း၊ အဝတ်စားဝတ်ခြင်း၊ တနေ့ တာ လုပ်ဆောင်ချက်များ စသည်ဖြင့်) လုပ်ကိုင်ရန် အခက်အခဲ ဖြစ်စေသလား။ သို့ မဟုတ် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုပေးသော ဌာန သို့ မဟုတ် လူအိုရုံတွင် နေထိုင်သလား။ _____ 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 ၈ နှင့် ၁ ကို ဖြည့်ပါ။ မဟုတ်ဘူး၊ မဟုတ်ဘူး ဆိုပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၄ ကိုဖြည့်ပါ။
a. Alien နံပါတ် _____ b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ် _____
မေးခွန်း ၈ နှင့် ၁ ကို ဖြေပြီးပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၅ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။

14. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထား သော နေထိုင်မှု အခြေအနေ ရှိပါသလား။ ရှိသည်၊ စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစားနှင့် ID နံပါတ် ဖြည့်ပါ။
ညွှန်ကြားချက်တွင် ဖတ်ပါ။
လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း အမျိုးအစား : _____ နံပါတ်မှ အမျိုးအစား (ဖြေလိုမှဖြေပါ) _____ လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း တွင် ပါသည့် အတိုင်း ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်၏ နာမည် ကို ရေးပါ။ _____

Alien သို့ မဟုတ် I-94 နံပါတ် _____ ကပ်နံပါတ် သို့ မဟုတ် ခရီးသွား စာအုပ် နံပါတ် _____
SEVIS ID သို့ မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (ဖြေလိုမှသာ ဖြေပါ) _____ အခြား (အမျိုးအစားနံပါတ် သို့ မဟုတ် ထုတ်ပေးသည့်နိုင်ငံ) _____

a. သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ၁၉၉၆ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။ _____ ယူမည် မယူပါ
b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သို့ မဟုတ် ၎င်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘသည် စစ်မှုထမ်းစောင်း သို့ မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်တွင် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။ _____ ယူမည် မယူပါ

15. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လွန်ခဲ့သော ၃ လ မှ စပြီး ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစားရိတ် ပေးရန် အကူအညီလိုအပ်နေသလား။ _____ ယူမည် မယူပါ

16. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူနေပါသလား။ ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား (ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်နှင့် အိမ်ထောင်ဘက်က ဒီကလေး အတွက် တာဝန်ယူနေသည့်ဆိုပါလျှင် "ဟုတ်မှန်သည်" ဟု ရေးပါ။) _____ ယူမည် မယူပါ

17. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်နှင့် အတူ နေသော အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေး များ အမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကို ဖြေပါ။ (စာမျက်နှာ ၂ တွင်ပေးထားသော အမည်စာရင်းနှင့် တူနိုင်ပါသည်) _____

18. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အသက် ၁၈ နှစ် သို့ မဟုတ် အထက် တွင် မွေးစားမိဘများ နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။ _____ ယူမည် မယူပါ

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အသက် ၂၂ နှစ် သို့ မဟုတ် ငယ်ပါက ဤမေးခွန်းများကို ဖြေပါ။

19. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အလုပ်ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသလား။ လွန်ခဲ့သော ၃ လ အတွင်း ၎င်းကို ဆုံးရှုံးခဲ့သလား။ _____ ယူမည် မယူပါ

a. ဟုတ်သည်ဆိုပါက ကုန်ဆုံးရက်စွဲ။ _____ b. ကျန်းမာရေးအာမခံ ရပ်တန့် သွားသည့် အကြောင်းရင်း။ _____

20. ဒုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက်နေသော ကျောင်းသားလား။ _____ ယူမည် မယူပါ

ဆန္ဒရှိမှဖြေပါ။ (မိမိနှင့် ကိုက်ညီသောအချက်များကို ဖြည့်ပါ) 20. လူမျိုး လူဖြူ လူမည်း သို့ မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့ မဟုတ် အလက်ဇန္ဒားမင်းသက်လာသူ စီလစ်ပိုင်လူမျိုး ဂျပန်လူမျိုး ကိုးရီးယားလူမျိုး အရှင်နိုင်ငံမှ အိန္ဒိယလူမျိုး တရုတ်လူမျိုး ဒီယက်နမ် တရုတ်အာရှလူမျိုး ဟာဝိုင်းအီ ကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး ပွမ်ကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး သို့ မဟုတ် ချမ်ပီရီ ဝေဖီအန်လူမျိုး တခြား ပစ်စိပ်ကျွန်းစုမှ လူမျိုး တခြား

HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၀-၂၅၉၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပံ့ပိုးမှုပေးသည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်သည်။



အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 2

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ရဲ့ ဝင်ငွေ အကြောင်းပြောပါ။
ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ မလိုလျှင်တောင် ဒီစာမျက်နှာကို ဖြည့်ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

- အလုပ်အကိုင်ရှိ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေပါက သူ/ သူမ၏ ဝင်ငွေ အကြောင်း ပြောပြပါ။ မေးခွန်း ၂၃ ဖြင့် စပါ။
- အလုပ်လက်မဲ့။ မေးခွန်း ၃၃ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။
- ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူ။ မေးခွန်း ၃၂ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင် ၁။

23. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

[Redacted area for employer name]

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။

[Redacted area for employer address]

b. မြို့။	c. ပြည်နယ်	d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	24. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။ () -
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

- 25. တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနံ/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) \$
 - တစ်နှစ်လျှင်
 - တစ်လ ၂ ကြိမ်
 - တစ်လ တစ်ကြိမ်
 - ၂ နှစ် တကြိမ်
 - တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်
- 26. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင် ၂ (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလိုပါက၊ နောက်ထပ် စာရွက်တစ်ရွက် ဖြင့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

27. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

[Redacted area for employer name]

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။

[Redacted area for employer address]

b. မြို့။	c. ပြည်နယ်	d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်	28. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။ () -
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

- 29. တစ်နှစ်လျှင်လုပ်ခနံ/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) \$
 - တစ်နှစ်လျှင်
 - တစ်လ ၂ ကြိမ်
 - တစ်လ တစ်ကြိမ်
 - ၂ နှစ် တကြိမ်
 - တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်
- 30. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း။

31. ယခင်နှစ်တွင် ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အလုပ်ပြောင်းသလား၊ အလုပ်မှ ရပ်နားခဲ့သလား၊ နာရီလျော့ လုပ်ခဲ့သလား၊ အထက်ပါ အကြောင်းရာ တစ်ခုမှမဟုတ်။

32. အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် ကိုယ်ပိုင် လုပ်ငန်းလုပ်ပါက မေးခွန်း ၈ နှင့် ၉ ကို ဖြေပါ။

- a. အလုပ်အမျိုးအစား။
- b. အသားတင်ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ ညွှန်ကြားချက်တွင် ကြည့်ပါ။ \$

33. ယခုလအတွင်း ရသော ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ရသော တခြားဝင်ငွေ။ သက်ဆိုင်သည့်အားလုံးဖြည့်ပါ။ ရသောပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကို ရေးပါ။ မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။ မှတ်ချက်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ကလေးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ/စစ်မှန်စွာလောင်းများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလိုခြံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများ (SSI) ကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

<input type="radio"/> အလုပ်အကိုင်မရှိ။	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> ကွဲကားနေသောအိမ်ထောင်ဘက် ထံမှ ရသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ	\$ <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 / ပစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>
<input type="radio"/> အခြားစားရငွေ အကောင်အရာ	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>

34. ကုန်ကျစရိတ်တွက်ငွေများ သက်ဆိုင်သည့်ကုတ်လမ်းအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဗဟိုဝင်ငွေခွန်တွက်ရာတွင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစရိတ်ကို ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။ မှတ်ချက်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ က ကလေးထောက်ပံ့ကြေးပေးထားခြင်း သို့ မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ရာတွင် ကုန်ကျစရိတ်ထည့်ထားပြီး သား ကို ပြန်မထည့်ပါနှင့်။ (မေးခွန်းနံပါတ် ၃၂ ခု)

<input type="radio"/> ကွဲကားနေသောအိမ်ထောင်ဘက် အားပေးသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>	<input type="radio"/> အခြားကုန်ကျစရိတ်များ အမျိုးအစား	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>
<input type="radio"/> ပညာသင်ကြားခြင်း- ချခွင့် အတိုး	\$ <input type="text"/>	အကြိမ်အရေအတွက် <input type="text"/>			

35. တစ်နှစ်တာ အတွင်း ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲမှု/တစ်နှစ်တာလုံးမလုပ်ခြင်း သို့ မဟုတ် လအနည်းငယ် အတွက်ပဲ အကျိုးမြတ် ရရှိခြင်းဖြစ်ပါက ဒီမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ လစဉ်ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲမှုရှိပါက နောက်တစ်ဦးဆီသို့ ကျော်ဖြေပါ။ ➡

ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ ယခုနှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ \$ <input type="text"/>	ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ နောက်နှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (ကွဲပြားမည်ဟုယူဆပါက) \$ <input type="text"/>
---	--

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ၏ အကြောင်း သိဖို့ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။



အဆင့် 3။ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့ မဟုတ် အလက်ဇကာမှ ဆင်းသက်သူ(AI/AN) မိသားစုဝင်(များ)

- 1. သင်သို့ မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်တို့မှ တစ်ယောက်ယောက် က အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့ မဟုတ် အလက်ဇကာမှ ဆင်းသက်သူလား။
 - မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက အဆင့် ၄ ကို ဖြေပါ။
 - ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက အဆင့် ၄ နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ၈ ကို ဖြေပြီး ဒီလျှောက်လွှာ တွင် တင်ပါ။

အဆင့် 4။ သင့်မိသားစု ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ

- 1. ဟိုဝင်ငွေအခွန် စောင်ရာတွင် အာမခံကြေး အခွန် ခရက်တစ် ရသော နှစ်တိုင်း အတွက် သင့် အိမ်ထောင်စု က အသုံးပြုခဲ့သည့် အာမခံကြေးအခွန် ခရက်တစ် ကို ပြည်လည် ညှိပြီး တင်သွင်းခြင်း ရှိပါသလား။
 - ရှိပါသည်။ အာမခံကြေး အခွန် ခရက်တစ် များကို ပြန်လည် ညှိပြီးတင်သွင်းခဲ့သည်။ အကယ်၍ ဤအချက်များက သင့်နှင့် သက်ဆိုင်ပါက ပိုင်းထားသော နေရာတွင် ဖြည့်ပါ။
 - ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် မှ ကုန်ကျစားရိတ် ကို လျော့သွားအောင် သင်၏ တိုက်ရိုက် အာမခံကြေးသွင်းခြင်း အခွန်ခရက်တစ် (APTC) ကို လွန်ခဲ့သော တစ်နှစ် သို့ မဟုတ် တစ်နှစ်ထက်ပိုသောနှစ်များ တွင် အသုံးပြုခဲ့သည်။
 - သင့်အိမ်ထောင်စု အတွက် အခွန်ပေးဆောင်သူ က ဟိုဝင်ငွေအခွန်ပေးဆောင်ရာတွင် ဤနှစ်များအတွက် နှစ်တိုင်းပေးဆောင်ခဲ့သည်။
 - အခွန်ပေးဆောင်သူ(များ) သည် IRS လျှောက်လွှာပုံစံ ၈၉၆၂ (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) နှင့် အခွန်ပြန်တမ်းလျှောက်လွှာကို အတူ တင်သွင်းခဲ့သည်။

2. ဤ လျှောက်လွှာတွင်ပါသော သူ တစ်ဦးဦး က လွန်ခဲ့သော ရက် ၉၀ အတွင်း Medicaid သို့ မဟုတ် ကလေးကျန်းမာရေးအာမခံ ပရိုဂရမ် (CHIP) ကို လျှောက်ထားရန် သတ်မှတ်ချက် စံနှုန်း မပြည့်မီဖြစ်ခဲ့သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် ကြောင့် မဟုတ်ပဲ ပြည်နယ် အရ စံနှုန်းမီသူဖြစ်ပါက ဟုတ်သည် ကိုဈေး ရှယ်ပါ)..... ယူမည် မယူပါ

မည်သူနည်း: _____

သို့ မဟုတ်၊ ဤ လျှောက်လွှာတွင်ပါသော တစ်ဦးဦး က ၂၀၁၉ခုနှစ်၊ အောက်တိုဘာ လ ၁ ရက် ကတည်းက လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အနေထား ကြောင့် Medicaid သို့ မဟုတ် CHIP ကို လျှောက်ထားရန် စံနှုန်း မပြည့်မီဖြစ်ခဲ့သလား။ ယူမည် မယူပါ

မည်သူနည်း: _____

ဤ လျှောက်လွှာတွင်ပါသော တစ်ဦးဦး က ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် ၏ အမည်စာရင်းသွင်းရန် ဖွင့်ထားသောကာလ တွင် လျှောက်ထားခြင်းရှိပါသလား။ ယူမည် မယူပါ

မည်သူနည်း: _____

3. ဤ လျှောက်လွှာတွင်ပါသော တစ်စုံတစ်ဦးကို အလုပ်မှပေးသောကျန်းမာရေး အာမခံရှိပါသလား။ အာမခံသည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အလုပ်မှ အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘမှ ရပါက ထိုအာမခံကို လက်ခံလျှင်တောင် ရှိသည်ဟုဖြေပါ။

- ရှိပါသည်။ နောက်ဆက်တွဲ က ကို ဆက်ဖြည့်ပါ။ ဒီအာမခံသည် ပြည်နယ်ကပေးသော အလုပ်ဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်လား။ ယူမည် မယူပါ
- မရှိပါ။

4. တစ်ယောက်ယောက်က လက်ရှိမှာ ကျန်းမာရေး အာမခံ စာရင်းသွင်းထားပြီလား။

- ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက မေးခွန်း ၆ သို့ ဆက်ပါ။ မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက မေးခွန်း ၅ 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 သို့ မဟုတ် အခြား (အကယ်၍ သင့်မှာ Direct Care သို့ မဟုတ် Line of Duty ရှိပါက TRICARE အကြောင်း မပြောပါနှင့်။)

ပုဂ္ဂိုလ် 1:

ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် သွင်းထားသူအမည်

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 _____ ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် _____

တခြား အာမခံဖြစ်ပါက အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။
 ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် _____ ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် _____

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် _____

ကန့် သတ်ချက်ပါသော အာမခံလား။ ကျောင်းမှ ပေးသောထိခိုက် ဒဏ်ရာ ပေါ်လစီကဲ့သို့။ ယူမည် မယူပါ

ပုဂ္ဂိုလ် 2:

ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် သွင်းထားသူအမည်

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 _____ ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် _____

တခြား အာမခံဖြစ်ပါက အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။
 ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် _____ ပေါ်လစီ/ID နံပါတ် _____

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် _____

ကန့် သတ်ချက်ပါသော အာမခံလား။ ကျောင်းမှ ပေးသောထိခိုက် ဒဏ်ရာ ပေါ်လစီကဲ့သို့။ ယူမည် မယူပါ

လျှောက်ထားဖို့ 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 ကူညီပံ့ပိုးမှုပေးသည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်သည်။



အဆင့် 5: သင်၏ သဘောတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်။

1. လာမည့် ၅ နှစ်အတွင်း ဝင်ငွေအခွန်ဆောင်မှုများ အပါအဝင် သင့်ဝင်ငွေအချက်အလက်များ အား Marketplace ကိုသုံးစွဲခွင့်ပေးဖို့ သဘောတူသလား။..... ယူမည် မယူပါ။
လာမည့်နှစ်များအတွက် ဝင်ငွေ အခွန်ဆောင်သော အချက်အလက် အပါအဝင် စာရင်းများကို Marketplace မှ အသုံးပြုခွင့် ပေးဖို့ သဘောတူခြင်းအားဖြင့် သင်ရရှိသော အာမခံ အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် ပိုမို လွယ်ကူစေမည်။ အပြောင်းလဲ ပြုလုပ်မည်ဆိုပါက The Marketplace ကသင့်ကို အကြောင်းကြားစာပို့ ပါမည်။ သင့်ရရှိခွင့်များဆက်လက်ရဖို့ ၊ လိုအပ်လျှင်ဝင်ငွေ ပိုင်းဆိုင်ရာ သက်သေပြုဖို့ The Marketplace က စစ်ဆေးမည်။ အချိန်မရွေး သင်နှုတ်ထွက်ခွင့်ရှိပါသည်။

မဟုတ်ပါက၊ ကျွန်ုပ် အချက်အလက်များကို လာမည့်နှစ်များ အတွက် အလိုအလျောက် အသစ်တင်ပါ။

- ၄ နှစ် ၂ နှစ် ကျွန်ုပ်၏ အခွန် အချက်အလက်များကို သုံးပြုပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံ အသစ်ပြန်လုပ်ဖို့ အတွက် ကူညီ ပေးဖို့ မသုံးပါနှင့်။
- ၃ နှစ် ၁ နှစ် (ဤရွေးချယ်မှုက သင့် အာမခံ ကို အသစ်ပြန်လည် ပေးဖို့ အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည်)

2. ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက ထောင်ကျ(အထိန်းသိမ်းခံ သို့မဟုတ် အကျဉ်းကျခံ) ဖူးသလား။ ယူမည် မယူပါ။
ကျန်းမာရေးအာမခံ အမည်ကို ရေးပါ။ အကျဉ်းကျဖူးသူ၏ အမည်သည်
[Redacted] အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားစွဲဆိုချက်များနှင့် ရင်ဆိုင်နေရပါက ဒီနေရာတွင် ဖြည့်ပါ။

ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက Medicaid ရသလား။

- ကျွန်ုပ်အတွက် ကျန်းမာရေး ကုန်ကျမှု ငွေ အကူအညီရရန် တခြားကျန်းမာရေးအာမခံ၊ ဥပဒေပိုင်းဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက်မရှိသည့် သို့မဟုတ် တတိယပတ်ဝန်းကျင် မှတဆင့် တောင်းခွင့်ကို Medicaid အေဂျင်စီ အား ပေးသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိဘ အတွက် မိဘ ကျန်းမာရေး အထောက်အပံ့ ဝယ်ယူရရှိရန် Medicaid အေဂျင်စီအား ခွင့်ပြုသည်။
- ဤလျှောက်လွှာတွင်ပါသော ကလေးတစ်ဦးဦး ၏ မိဘက အိမ်အပြင်တွင် နေထိုင်သလား။ ယူမည် မယူပါ။
- ရှိပါက၊ ထိုမိဘအား ကျန်းမာရေးအထောက်အပံ့ပေးမည့် အေဂျင်စီနှင့် ပူးတွဲဆောင်ရွက်ဖို့ မေးမြန်းခံရမည်ကို သိပါသည်။ အကယ်၍ ထိုပူးတွဲဆောင်ရွက်မှုက ကျွန်ုပ်အတွက် သို့မဟုတ် ကလေး အတွက် ထိခိုက်နစ်နာမှုရှိနိုင်သည့် ဟုယူဆလျှင် Medicaid ကို အကြောင်းကြားပြီး ကျွန်ုပ်ပူးတွဲဆောင်ရွက်မှုမပြုရန်ပြင်းဆိုနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာ ပုံစံများကို အမှန်အတိုင်း ဖြေဆိုထားကြောင်း ကျွမ်းကျင် ဝန်ဆောင်မှုပြုသည့် အနေဖြင့် လက်မှတ်ထိုးပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာ ပါ အဖြေများကို သိလျှက်နှင့် ရည်ရွယ်ချက်ရှိစွာ လိမ်ညာဖြေဆိုပါက ဖက်ဒရယ် တရားဥပဒေအရ အရေးယူခံရမည်ဖြစ်သည်ကိုသိရှိပါသည်။
- လျှောက်လွှာတင်ပြသည့်အခါ အချက်အလက်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အပြောင်းလဲတစ်ခုခု(ဖြည့်စွက်မှုနှင့် မဟုတ်) Marketplace ကိုရက်၃၀ အတွင်း အကြောင်းကြားရန် လိုကြောင်းသိပါသည်။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၅၂ ကို ဆက်သွယ်နိုင်ကြောင်း သိပါသည်။ ၎င်းပြောင်းလဲမှုသည် ကျွန်ုပ်အတွက် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များအတွက် ရန်ခွင့် များ အပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ကြောင်းသိပါသည်။
- ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မွေးဖွားရာနိုင်ငံ၊ လိင်အမျိုးအစား၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှုများ နှင့် ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း ကိုခွင့်မပြုကြောင်းသိပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည့် အကြောင်း တိုင်ကြားလိုပါက www.hhs.gov/ocr/office/file မှတဆင့် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။
- လျှောက်လွှာတင်ပြသည့်အခါ အချက်အလက်များ ကို ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိခွင့် နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ရန်၊ အာမခံကြေးငွေ ကူညီပေးရန်(တောင်းဆိုပါက) နှင့် Marketplace ပရိုဂရမ်များ၏တရားဥပဒေဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များ အတွက် အသုံးပြုမည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်ထားဖို့ သင်ရွေးချယ်ပါက၊ ဤ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး သင့် အတွက် ရရှိခွင့်ကို စစ်ဆေးမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အဖြေများကို ပြည်တွင်းအခွန်များဦးစီးဌာန (IRS) လူမှုလုံခြုံရေး၊ အိုးအိမ်ကာကွယ်ရေး ဌာန၊ နှင့် / သို့မဟုတ် စားသုံးသူများ ၏ အချက်အလက် များစုဆောင်း သတင်းပို့ သည့် အေဂျင်စီ စသည့် ဌာနများ ၏ အချက်အလက် သိမ်းဆည်းထားသည့် အီလက်ထရောနစ် စာရင်းများတွင် ပြန်လည်စစ်ဆေးပါမည်။ မကိုက်ညီသော အချက်အလက်များအတွက် သက်သေအထောက်အထားများ ပြရန် သင့်ကို တောင်းဆိုမည်။

မိမိရရှိခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက် ရလဒ် များ မှားယွင်းနေသည်ဟု ထင်ပါက ဘာလုပ်သင့်သလဲ။

သင့်ရရှိခွင့်နှင့် ပတ်သက်ပြီး သဘောမတူပါက၊ ကိစ္စအများစုတွင် ၊ အယူခံဝင်ခွင့်တောင်းနိုင်ပါသည်။ ဘယ်နှစ်ရက်အတွင်း အယူခံဝင်ခွင့် လျှောက်ထားနိုင်ကြောင်း အပါအဝင် အယူခံဝင်ရန် အာမခံလျှောက်ထားသော အိမ်သားတစ်ဦးစီ အတွက် ညွှန်ကြားချက်သီးသန့် ကို ဖတ်ပါ။ အယူခံဝင်ခွင့်လျှောက်ထားရာတွင် စဉ်းစားသင့်သော အရေးကြီးသည့် အချက်အလက်များ က ဒီမှာပါ။

- အယူခံဝင်ခွင့် တစ်စုံတစ်ဦးကို သင့်ကိုယ်စား ပါဝင်ဖို့ ဆန္ဒရှိပါက တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ထိုသူသည် သူငယ်ချင်း၊ ဆွေမျိုး၊ ရှေ့ နေ သို့မဟုတ် တခြားသော ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် သင့်ဘာသာ အယူခံဝင်ခွင့်ကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
- အယူခံဝင်ခွင့်ကို တောင်းဆိုပါက အယူခံ အတွက် ဆိုင်းငံ့ကာလတွင် သင့်ကျန်းမာရေး အာမခံကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခွင့် ရကောင်းရလိမ့်မည်။
- အယူခံဝင်ခွင့်ရလဒ်က သင့်မိသားစုဝင် များရဲ့ ရရှိခွင့် အပေါ် လဲ အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။

Marketplace ၏ ရရှိခွင့် အတွက် အယူခံဝင်ရန် HealthCare.gov/marketplace-appeals ကိုသွားပါ။ သို့မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၅၂ ကိုဆက်ပါ။ ဖုန်းဖြင့် -- Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၅၂၅၂။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်ပါသည်။ အယူခံဝင်ခွင့် လျှောက်ထားခြင်းပုံစံ သို့မဟုတ် သင့်ဘာသာရေးသားထားသော စာကို စာတိုက်မှ တဆင့် Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. သို့မဟုတ် ဖုန်းဖြင့်နိုင်ပါသည်။ ငြင်းပယ်ခြင်းခံရပါက Marketplace မှ တဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံဝယ်ခွင့်၊ စာရင်းသွင်းသည့် အချိန်ကာလ၊ အခွန်ခရက်တစ်၊ စာရိတ်မျှပေးစနစ်ဖြင့် ဈေးလျှော့ပေးခြင်း၊ Medicaid နှင့် CHIP တို့ ကို လျှောက်ထားဖို့ အယူခံဝင်နိုင်ပါသည်။ အခွန်ခရက်တစ် အတွက် သို့မဟုတ် စာရိတ်မျှပေး စနစ်ဖြင့် လျှော့ပေးသည့် စနစ် ရရှိခွင့်ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ ပေးထားသည့် ပမာဏ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အယူခံ ဝင်နိုင်ပါသည်။ သင်နေထိုင်သောပြည်နယ်အပေါ် မူတည်ပြီး Marketplace မှတဆင့် အယူခံဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် Medicaid နှင့် CHIP အေဂျင်စီမှ တဆင့် အယူခံဝင်ခွင့် လျှောက်ထား နိုင်ပါသည်။

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

လက်မှတ် လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ (လ/နေ့/နှစ်)

[Redacted Signature] / [Redacted Date]

အကယ်၍ လျှောက်လွှာလက်ခံ သည့်ကာလ (နိုဝင်ဘာ ၁၅ ရက် နှင့် ဇန်နဝါရီ ၃၁ ရက် အကြား) ၏ ပြင်ပချိန်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုး ထားပါက နောက်ဆက်တွဲ ယ ကိုကြည့်ပါ။ ("ဘဝအခြေအနေအပြောင်းလဲ ဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ")။

အဆင့် 6: ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာကို စာတိုက်မှပို့ ပါ။

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

ဆန္ဒမဲပေးလိုပါက၊ မဲပေးဖို့ စာရင်းသွင်းသည့် ပုံစံလွှာကို www.eac.gov တွင်ဖြည့်ပါ။

လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၅၂ ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူအညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၅၂၅၂ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူအညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပေးလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက ၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅ ကို ခေါ်နိုင်ပါသည်။

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အတွက် အကူအညီတောင်းခြင်း

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

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

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, 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)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin 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.

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.

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အတွက် အကူအညီတောင်းခြင်း (ရှေ့ဆက်ရန်)

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。



နောက်ဆက်တွဲ က

လုပ်ငန်းခွင်မှပေးသောကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု

အကယ်၍ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို မိသားစုဝင်တစ်ဦးအား သူ၏ အလုပ်မှ ရနိုင်ခွင့် မရှိပါက၊ အဆိုပါ အာမခံကို လက်မခံလျှင်တောင်မှ ဤမေးခွန်းများအား ဖြေရန်မလိုပါ။ အလုပ် တစ်ခုစီမှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များကို မိတ္တူဆွဲပြီး တွဲတွဲပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ပေးသော အလုပ် အကြောင်း ပြောပြပါ။

ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူဆွဲပြီး အာမခံပေးသည့် အလုပ်ရှင်ထံသို့ ယူသွားကာ မေးခွန်းများအား ကုသဖြေဆိုခိုင်းပါ။

ဝန်ထမ်း ၏ အချက် အလက်

1. ဝန်ထမ်း ၏ အမည် (ပထမအလယ်၊ နောက်ဆုံး)	2. ဝန်ထမ်း ၏ 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"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

ယခု ... ဝန်ထမ်း ၏ အကျိုးခံစားခွင့် များနှင့် ပတ်သက်ပြီး စီမံခန့်ခွဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် ဌာန နှင့် ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ရေးပါ။ ကျွန်ုပ်တို့က သိလိုသည်များ ရှိပါက အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ် ကို ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။

6. ဝန်ထမ်း ၏ 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"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

13. ဤ ဝန်ထမ်း သည် အလုပ်ရှင်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကို ယခု ရရှိနေပြီလား (သို့မဟုတ်) လာမည့် ၃ လ အတွင်း ရနိုင်မလား

ရရှိမည် ဆိုပါက (ရှေ့ ဆက်ရန်)

မရနိုင်ပါ (အလုပ်ရှင် ။ ရပ်ပြီး ဒီလျှောက်လွှာကို ဝန်ထမ်းသို့ ပြန်ပေးပါ) ။
 ဝန်ထမ်း ။ သင့် လျှောက်လွှာကို ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် သို့ ပြန်ပေးပါ)

a. အကယ်၍ ဝန်ထမ်းက ကျန်းမာရေး အာမခံကို ယနေ့ တွင် မရရှိသေးပါက၊ စောင့်ရမည့် ကြာချိန် နှင့် အစမ်းခန့် ကာလ ကြာချိန် အပါအဝင်၊ မည်သည့် အချိန်တွင် ရနိုင်မလဲ (လ၊ ရက်၊ နှစ်)

/ /

b. ဤ အလုပ်ရှင် က ဝန်ထမ်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့မဟုတ် မိခင် (များ) အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ ပေးထားပါသလား။

ပေးပါသည်။ ပေးလျှင် မည်သူ ကို ပေးထားသလဲ။ အိမ်ထောင်ဘက် မပေးပါ (မေးခွန်း ၁၄ သို့ ဆက်ပါ)

မိမိသူ (များ)

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

အမည်

အမည်

အမည်

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။

မဖြည့်ပါနှင့်၊ ဤဟာသည် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။

ဤအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းသော တန်ဖိုးအနည်းဆုံး ကျန်းမာရေးအစီအမံ အကြောင်းပြောပြပါ။

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

- ကိုက်ညီသည် (မေးခွန်း ၁၅ သို့ သွားပါ)
- မကိုက်ပါ (ရပ်ပြီး၊ ဒီပုံစံလွှာကို အလုပ်သမားအားပြန်ပေးပါ)

15. အလုပ်ရှင်ပေးသော အာမခံများအနက် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ* အတွက် ဝန်ထမ်း က မည်မျှ ပေးဆောင်ရမည်နည်း။ မိသားစု အစီမံများအတွက် ထည့်သွင်းပါနှင့်။ မှတ်ချက်။ အလုပ်ရှင်က ပေးသော ကျန်းမာရေးအစီအမံတွင် ဆေးရွက်ကြီးဖြတ်ခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့် အစီအစဉ်အတွက် အများဆုံးလျော့စျေးပေးပြီး တခြားသော ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များတွက် လျော့စျေးမပေးပါက အလုပ်သမားမှ ပေးသွင်းရမည့် လစဉ်ကြေးငွေ ကို ရေးပါ။

a. ဝန်ထမ်းမှ ပေးရမည့် ကျန်းမာရေး လစဉ်ကြေးငွေ။ \$

မှတ်ချက်။ ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် အလုပ်သမားမှ ပေးနိုင်သည့် အနိမ့်ဆုံး ပမာဏကိုရေးပါ။

- b. ဝန်ထမ်းမှ ဤ ပမာဏကို ပေးမည်။ အပတ်စဉ် ၂ပတ်တစ်ကြိမ် တစ်လ နှစ်ကြိမ် တစ်လ တစ်ကြိမ် သုံးလ တစ်ကြိမ် တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

(ရှေ့ မေးခွန်းသို့ ဆက်ပါ)

16. လာမည့်နှစ်အတွက် ဝန်ထမ်းက ဘာအပြောင်းလဲတွေ လုပ်နိုင်ပါသလဲ။

- အလုပ်ရှင်က ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို ဤနေ့ စွဲ အထိ မပေးသေးပါ။(လ/နေ့ /နှစ်)

/ /

- အနိမ့်ဆုံး တန်ဖိုး သတ်မှတ်ထားသည့် စံချိန်စံနှုန်းနှင့် ကိုက်ညီသည့် ဈေးနှုန်းအသက်သာဆုံး ကျန်းမာရေးအစီအမံ အတွက် အာမခံကြေးငွေ ပမာဏ ကို ဝန်ထမ်းတစ်ဦးတည်း အတွက် ပြောင်းလဲမည်ဖြစ်သည်။ (အာမခံကြေးသည် ဆေးရွက်ကြီးဖြတ်သည့် ပရိုဂရမ်များ အတွက် ပေးသည့် လျော့စျေး၏ တန်ပြန်သာဖြစ်မည်။ မေးခွန်း ၁၅ ကို ကြည့်ပါ)

a. ဝန်ထမ်းက ဤ အာမခံကြေးငွေ ကို ပေးဆောင်မည်။ \$

- b. အကြိမ် အရေအတွက် အပတ်စဉ် ၂ပတ်တစ်ကြိမ် တစ်လ နှစ်ကြိမ် တစ်လ တစ်ကြိမ် သုံးလ တစ်ကြိမ် တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

c. ပြောင်းသည့်ရက်စွဲ(လ/နေ့ /နှစ်)

/ /

- အလုပ်ရှင်ဘက်က အပြောင်းအလဲ လုပ်ဖို့ ရှိမရှိ မသိပါ။

- အလုပ်ရှင်ဘက်က ဤ အပြောင်းအလဲ များကို လုပ်ဖို့ မရှိပါ။

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





နောက်ဆက်တွဲ ၈

ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ရန် အကူအညီပေးခြင်း။

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) <input type="text"/>	
2. ပထမအမည်၊ အလယ်နာမည်၊ နောက်ဆုံးနာမည်နှင့် ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး <input type="text"/>	
3. အဖွဲ့အစည်း အမည် <input type="text"/>	
4. ID နံပါတ် (ရှိပါက) <input type="text"/>	5. အေးဂျင့်/ပွဲစား များအတွက်သား NPN နံပါတ် <input type="text"/>

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။ ထိုခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ကို ဖယ်ရှားလိုပါက Marketplace ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ဥပဒေအရ ခန့်အပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ် ဖြစ်ပါက သက်သေခံစာရွက်များကိုပါ ပူးတွဲတင်ပါ။

1. ခွင့်ပြုမိန့်ရ ကိုယ်စားလှယ် ၏ အမည်(ပထမအမည်၊ အလယ် အမည်၊ နောက်ဆုံး အမည်) <input type="text"/>		
2. လိပ်စာ <input type="text"/>	3. တိုက်ခန်း သို့မဟုတ် အခန်းနံပါတ် <input type="text"/>	
4. မြို့နယ် <input type="text"/>	5. ပြည်နယ် <input type="text"/>	6. စာပို့ နယ်မြေအမှတ် <input type="text"/>
7. ဖုန်းနံပါတ် (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. အဖွဲ့အစည်း အမည် <input type="text"/>		
9. ID နံပါတ်(ရှိပါက) <input type="text"/>		

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

10. ယခုလျှောက်လွှာတွင် ပါသည့် ပုဂ္ဂိုလ် ၁ ၏ လက်မှတ် <input type="text"/>	11. လက်မှတ်ရေးထိုးသည့် နေ့စွဲ (လ၊နေ့၊ နှစ်) <input type="text"/>
---	---





နောက်ဆက်တွဲ ယ

ဘဝနေထိုင်မှု အပြောင်းအလဲ ဆိုင်ရာမေးခွန်းများ

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

လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ဤ လျှောက်လွှာပါ တစ်စုံတစ်ဦး အတွက် အပြောင်းအလဲများရှိပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ အချို့သော အပြောင်းအလဲ များက Marketplace မှ ချက်ခြင်း အာမခံရစေနိုင်သည်။ အကယ်၍ နှစ်စဉ်လျှောက်ထားခွင့် ပြုသည့် ကာလ ဆုံးသည့် အချိန် နှင့် နောက်နှစ် အတွက် လျှောက်ထားခွင့် စတင် လက်ခံချိန် ကာလများတွင် လျှောက်ထားခြင်းဖြစ်ပါက လည်း ဤမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုရန်တိုက်တွန်းသည်။

ဤမေးခွန်းများအား ဖြေချင်မှ ဖြေပါ။ သင့်ဘဝနေထိုင်မှု အခြေအနေ အပြောင်းလဲ မရှိပါက အဖြေများကို ကွက်လပ် ချန်ထားပါ။ အပြောင်းအလဲ မရှိသော်လည်း Medicaid နှင့် ထုထုထုထုထု(CHIP) ကို တစ်နှစ်တာ ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို လျှောက်ထားနိုင်သည်။ ဖက်ဒရယ်မှ အသိအမှတ်ပြုထားသော လူမျိုးစုများ နှင့် အလက်ဇကာ ဇာတိနွယ်ဝင် ရယ်ယာကိုင်ထားသူများ အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို တစ်နှစ်ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို Marketplace မှ လျှောက်ထားနိုင်သည်။

သင့်မိသားစု အတွင်း အပြောင်းအလဲများကို ပြောပြပါ။

1. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးသွားသူ သို့မဟုတ် လာမည့် ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးနိုင်သည့် အခြေအနေ ရှိသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	ကျန်းမာရေးအာမခံ အဆုံးသတ်သွားသောနေ့ သို့မဟုတ် ရပ်တန့် သွားမည့် နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="checkbox"/> အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ကြေး မပေးသွင်းနိုင်သောကြောင့် အာမခံ ဆုံးရှုံးခဲ့ပါက ဒီနေရာမှာ အမှတ်သား ပြုပါ။	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း အိမ်ထောင်ပြုသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

3. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ဖမ်းဆီးချုပ်နှောင်ခြင်း (အချုပ်ခန်း သို့မဟုတ် ထောင်) မှ လွတ်မြောက်လာသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဆိုင်ရာ နေထိုင်ခွင့် ရသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း မွေးစားသူ၊ မွေးစားဖို့ ပေးလိုက်သူ သို့မဟုတ် မွေးစားမိဘများနှင့် နေထိုင်ခဲ့ရသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကလေးထောက်ပံ့ခြင်း သို့မဟုတ် တရားရုံး အဆုံးဖြတ်ကြောင့် မိခင်ဖြစ်လာသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း မူလ နေထိုင်သည့် လိပ်စာကို ပြောင်းသူ ရှိပါသလား။

အမည်များ	ပြောင်းသည့် နေ့ စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

သင့်ယခင်နေရပ်လိပ်စာ၏ စာပို. နယ်မြေ အမှတ်က ဘာလဲ။ သင်သည်နိုင်ငံခြားတိုင်းပြည် သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပိုင်နယ်မြေ မှ ပြောင်းရွှေ့ လာသူဖြစ်ပါက ဒီနေရာမှာဖြည့်ပါ။

a. အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိ အရည်ချင်းပြည့်မီသလား။ ပည့်မီသည် မပြည့်ပါ။

အကယ်၍ ရနိုင်ပါက ၎င်းတို့ ၏ အမည်များကို အောက်တွင် ရေးပါ။

အမည်များ