



# Carolinas HealthCare System

## Coverage Assistance & Financial Assistance Application

အာမခံအကူအညီနှင့်ဝင်ငြေပေးမှုအကူအညီလျှောက်ထားချက်များ

Account# အကောင့်#	
Date(s) of Service ဝေလ်ကားသည့်	

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

ဤလျှောက်ထားချက်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ CHS ဝေဆေးရုံစရိတ်ဖြင့် ဝင်ငြေပေးမှုအကူအညီပေးရန် လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ဝင်ငြေပေးမှုအကူအညီအတိအကျနှင့် ဝေဖော်ချက်ပေးရန်အတွက် ဝင်ငြေပေးမှုအကူအညီလျှောက်ထားချက်ကို အားလုံးဖြည့်သွင်းပေးပါ။

### Patient Demographics လူနာ၏ မြေးမြားရေးအဖွဲ့အစည်းအရာ

Patient's Full Name လူနာ၏ နာမည်အစုံ		Date of Birth မွေးဖွားသည့်ရက်		Social Security# လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်	
Physical Address နေထိုင်သည့်လိပ်စာ		City, State and Zip Code မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ဝေဒေသနာ၊ ဝေကောတ		Months/Yrs at This Address ဤလိပ်စာဖြင့် နေထိုင်သည့် ကာလ	County ဝေကောတ
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below သင့်နေထိုင်သည့်လိပ်စာသည် သင့်၏စာပို့လိပ်စာမှ မတူပါက စာပို့လိပ်စာအဖွဲ့အစည်းအရာကို အောက်ဖြည့်ပါ					
Mailing Address စာပို့လိပ်စာ		City, State and Zip Code မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ဝေဒေသနာ၊ ဝေကောတ		Months/Yrs at This Address ဤလိပ်စာဖြင့် နေထိုင်သည့် ကာလ	County ဝေကောတ
Home Phone# အိမ်မှန်း	Mobile Phone# မိုဘိုင်းဖုန်း	Emergency Contact Name အရေးပေးဆက်သွယ်ရန်အမည်			
City and State of Birth မွေးဖွားသည့်မြို့၊ ပြည်နယ်		Citizenship Status နိုင်ငံသား		Lived in U.S. Since အေမရိကန်နိုင်ငံသို့ ဝင်ရောက်သည့်ရက်	

### Health Insurance Information ကံနီးမာရေးအာမခံဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ

Provider - Primary Coverage ဝေထောက်သူ - ပထမအာမခံ	Policy Holder Name မူဝါဒပိုင်ဆိုင်သူအမည်	Policy# မူဝါဒ	Group# အဖွဲ့	Effective Date ဝေရမ်းနိယာမသည့်ရက်
Provider - Secondary Coverage ဝေထောက်သူ - ဒုတိယအာမခံ	Policy Holder Name မူဝါဒပိုင်ဆိုင်သူအမည်	Policy# မူဝါဒ	Group# အဖွဲ့	Effective Date ဝေရမ်းနိယာမသည့်ရက်

### Please list all household members below မိသားစုဝင်များအားလုံးကို အောက်ဖြည့်ပါ

Name အမည်	Date of Birth မွေးဖွားသည့်	Place of Birth မွေးဖွားသည့်	SSN#	Relation to Patient လက်နား	Sex လိင်	Race လူမျိုး
1						
2						
3						

**Please list all household members below (continued from page 1)**

**မိသားစုဝင်များအားလုံးကို အောက်ဖော်ပြပါ ဇယားတွင် ဝင်ရောက် ဝင်ရောက် ဝင်ရောက်**

Name အမည်	Date of Birth မွေးဖွားသည့်	Place of Birth မွေးဖွားသည့်	SSN#	Relation to Patient လူနာနှင့်ပတ်သက်	Sex လိင်	Race လူမျိုး
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

အိမ်ထောင်စုဝင်များထက် ၇ ဦးထက်ပိုလျှင် ဤပုံစံ၏စာမျက်နှာ ၆ မှာ မှတ်တမ်းတင်ရန် မှတ်တမ်းတင်ပိုင်းထဲမှ စာရင်းမှတ်တမ်းတင်ပါ

Education, Employment and Military Background		Patient (mother if patient is a minor) လူနာ (လူနာက အသက်ပညာမရသေးလျှင် မိခင်ဖြစ်ပါ)
<b>Education</b> ပညာရေး	Highest Grade Completed in School ကျောင်းတန်းတက်ရောက်ခဲ့သည့် အဆင့်အထိ	
	Technical Skills ပညာရပ်ဆိုင်ရာ အရည်အချင်း	
<b>Current Employment</b> လက်ရှိအလုပ်အကိုင်	Currently Unemployed (check box if yes) လက်ရှိအလုပ်မရှိ (ဟုတ်ဆိုလျှင် အမှတ်တံဆိပ်)	Fill-out 'past employment' section ပျဉ်းနှစ်သည့် အလုပ်အကိုင်ဖြည့်စွဲပုံ
	Company Name and Address ကုမ္ပဏီအမည်နှင့်လိပ်စာ	
	Job Title / Type of Work Performed ရာထူး/လုပ်ငန်းအမျိုးအစား	
	Work Phone# အလုပ်ဖုန်းနံပါတ်	
	Boss/Supervisor's Name အလုပ်ရှင်/အထွေထွေအဖွဲ့အစည်း	
	Dates of Employment အလုပ်အကိုင်အချိန်ကြား	
	Income and Pay Structure ဝင်ငွေနှင့်လစာတည်ဆောက်ပုံ	___ hrs/wk                      \$ ___/hr ___ days/wk                      \$ ___/day Commission ကော်မရှင် Annual                      \$ _____
<b>Past Employment</b> ပျဉ်းနှစ်သည့် အလုပ်အကိုင်	Company Name and Address ကုမ္ပဏီအမည်နှင့်လိပ်စာ	
	Job Title / Type of Work Performed ရာထူး/လုပ်ငန်းအမျိုးအစား	
	Dates of Employment အလုပ်အကိုင်အချိန်ကြား	
	Income and Pay Structure ဝင်ငွေနှင့်လစာတည်ဆောက်ပုံ	___ hrs/wk                      \$ ___/hr ___ days/wk                      \$ ___/day Commission ကော်မရှင် Annual                      \$ _____

<b>COBRA</b>	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? မိသားစုဝင်တစ်ယောက်သည် အလုပ်ဆုံးရှုံးထားရသည့်အခါ နောက် 60 ရက်အတွင်း အလုပ်ဆုံးရှုံးထားရသည့်သူရှိပါသလား	<input type="checkbox"/> Yes ဟုတ်တယ်။	<input type="checkbox"/> No မဟုတ်ဘူး။	
	Did he/she receive a COBRA election notice? သူ/သူမသည် COBRA ရွေးချယ်ခွင့်ပေးစာလက်ခံရရှိခဲ့ပါသလား	<input type="checkbox"/> Yes ဟုတ်တယ်။	<input type="checkbox"/> No မဟုတ်ဘူး။	
	Did he/she elect COBRA coverage? COBRA အာမခံကို သူ/သူမ ရွေးချယ်ခဲ့ပါသလား	<input type="checkbox"/>		
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: သူ/သူမက COBRA အာမခံကို မရွေးချယ်ခဲ့လျှင် ဤကြောင့် မရွေးချယ်ခဲ့ပေးပါ	premiums too expensive တန်ဖိုးများစွာ	new coverage ဝေးကွာသော အာမခံအသစ်	
<b>Military Service</b> စစ်တပ်ဝင်ရောက်မှု	Branch တပ်ဖွဲ့	Dates Enlisted ဝင်ရောက်မှုရက်စွဲ	Rank အဆင့်	Serial# အမှတ်စဉ်

**Insurance Information**

အာမခံအခွဲအစိတ်အပိုင်း					
<b>Life Insurance</b> အသက်အာမခံ	Company ကုမ္ပဏီ	Policy Holder မူပိုင်ပိုင်ရှင်	Face Value တန်ဖိုး	Policy Type မူပိုင်ပိုင်ခွင့်အမျိုးအစား	Cash Value ငွေတန်ဖိုး
<b>Burial Insurance/Contract</b> သေဆုံးခံစားမှုအာမခံ/စာချုပ်	Company ကုမ္ပဏီ	Policy Holder မူပိုင်ပိုင်ရှင်	Face Value တန်ဖိုး	Cash Value ငွေတန်ဖိုး	Revocable? ပြန်လှယ်နိုင်သလား

Income (3 month history) ဝင်ငွေ (၃ လ ရာစဉ်)	Patient (mother if patient is a minor) လူနာ ( လူနာသည် သူမ၏ မိခင် ဖြစ်ပါက )			Spouse (father if patient is a minor) အိမ်ထောင်ဖက် (လူနာသည် သူမ၏ အဖ ဖြစ်ပါက )		
	Last month လတ်ဆုံးလ	2 months ago လှည့်လည်လ	3 months ago လှည့်လည်လ	Last month လတ်ဆုံးလ	2 months ago လှည့်လည်လ	3 months ago လှည့်လည်လ
<b>Wages</b> လုပ်ငန်းစာချုပ်						
<b>Pension/Retirement</b> ပင်ရှင်/အငြိမ်းစား						
<b>Social Security Retirement</b> အစိုးရအဖွဲ့ဝင်အငြိမ်းစား						
<b>Social Security Disability</b> အစိုးရအဖွဲ့ဝင်အငြိမ်းစား						
<b>Supplemental Security Income</b> အစိုးရအဖွဲ့ဝင်အငြိမ်းစား						
<b>VA Benefits</b> VA အကျိုးခံစားခွင့်						
<b>Unemployment</b> အလုပ်မရှိခွင့်						
<b>Child Support</b> ကလေးထောက်ပံ့ရေး						
<b>Food Stamps</b> စားနပ်ရိက္ခာအမှတ်စဉ်						
<b>Other (Workfirst, etc.)</b> အခြား (အလုပ်အကိုင်၊ စသည်)						
<b>Statement of Verification</b> အတည်ပြုချက်	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? လစာကို အတည်ပြုရန် သင့်၏ အလုပ်ပေးပေးသူ၏ အတည်ပြုချက် ရှိပါသလား			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? လစာကို အတည်ပြုရန် သင့်၏ အလုပ်ပေးပေးသူ၏ အတည်ပြုချက် ရှိပါသလား		
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ဟုတ်တယ်။ မဟုတ်ဘူး။			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ဟုတ်တယ်။ မဟုတ်ဘူး။		

Expenses ကုန်စရိတ်များ	Payments for (name) ပေးခံမိမိများ(အမည်)	Payment Amount ပေးခံမိမိပမာဏ	Paid to (name and address) ပေးခံရမည့်သူ(အမည်နှင့်လိပ်စာ)
Child Support/Care ကလေးထောက်ပံ့ရေးကုန်စရိတ်များ			
Alimony မယားစရိတ်			
Statement of Support ထောက်ပံ့ရေးကြေညာချက်	I certify that I have been unemployed for the last _____ <input type="checkbox"/> Months <input type="checkbox"/> Years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____ ကြံ့ခိုင်မှုရှိပြီး ဖွဲ့စည်းထားသော _____ လ _____ ဝန်းကျင်တွင် အလုပ်ရှားနေရခြင်းကြောင့် အသိအမွှာတူပူပါသည်။ ထို့ကြောင့် _____ ပစ္စည်းများကို _____ ထံမှ		

Property နေအိမ်ပိုင်ဆိုင်မှု	Address လိပ်စာ	Ownership ပိုင်ဆိုင်မှု	Tax Value အခွန်အခ	Loan Balance ခေါ်ဝေါ်ငွေကြေးကြေး	Mortgage Co ပေါင်းဆောင်ရေး
Primary Residence မူလနေအိမ်		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
Other Property အခြားပိုင်ဆိုင်မှု		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
Other Property အခြားပိုင်ဆိုင်မှု		Own rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
Other Property အခြားပိုင်ဆိုင်မှု		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			

Assets ပိုင်ဆိုင်မှု	Make/Model ထုတ်လုပ်သူ/မူပိုင်မှု	Ownership ပိုင်ဆိုင်မှု	Tax Value အခွန်အခ	Loan Balance ခေါ်ဝေါ်ငွေကြေး	Bank/Lender ဘဏ်/ ခေါ်ဝေါ်သူ
Automobiles ကားများ	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
	3	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
Motorcycles ဆိုင်ကယ်များ	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
Boats ခရီးစဉ်များ	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
Trailers/RVs ကုန်စည်/ RV များ	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent ကိုယ်ပိုင် အငှား			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.  
 အထက်ဖော်ပြပါ အမျိုးအစားများအပြင် ပိုမိုမရှိသော အခြားပစ္စည်းများကို ဤပုံစံ၏စာမျက်နှာ ၆ ပေါ်တွင် မှတ်တမ်းတင်ပါ။

Banking/Investment: ဘဏ္ဍာရင်း/ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှု	Institution အဖွဲ့အစည်း	Balance ငွေ	Account# အကောင့်	Account Holder(s) အကောင့်ပိုင်ရှင်
Checking စရံဆေးချခင်း	1			<input type="checkbox"/> Patient လူနာ <input type="checkbox"/> Spouse အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> Joint ပူးတွဲ
	2			<input type="checkbox"/> Patient လူနာ <input type="checkbox"/> Spouse အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> Joint ပူးတွဲ

Banking/Investments (cont) ဘဏ္ဍာရင်း/ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှု	Institution အဖွဲ့အစည်း	Balance ငွေလက်နံ	Account# အကောင့်	Account Holder(s) အကောင့်ပိုင်ရှင်(များ)
Savings စုဆောင်းငွေငြိမ်း	1			<input type="checkbox"/> Patient လူနာ <input type="checkbox"/> Spouse အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> Joint ပူးတွဲ
	2			<input type="checkbox"/> Patient လူနာ <input type="checkbox"/> Spouse အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> Joint ပူးတွဲ
CDs				
401K / IRA				
Stocks/Bonds ရှယ်ယာ/စာခံပုံစံ				
Other (trust fund, etc.) အခြား(ယုံကြည်မှုပေးငွေစီမံခန့်ခွဲခြင်း)				

<b>Medical Bills</b> ဆေးကုသစရိတ်တောင်းခံလေး	Does the patient have old medical bills within two years? လူနာသည် နှစ်နှစ်အတွင်း ဆေးကုသစရိတ်တောင်းခံလေး အဟောင်းများ ရှိပါသလား	<input type="checkbox"/> Yes ဟုတ်တယ်။ <input type="checkbox"/> No မဟုတ်ဘူး။	Total Amount စုစုပေါင်းပမာဏ
--	--	--	--------------------------------

**Acknowledgement and Signatures**  
ဝန်ခံစာနှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးချခင်း

I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.

ဤလူနာ ဝန်ခံစာဖြင့် ဆေးကုသစရိတ်တောင်းခံလေး အဟောင်းများ ရှိပါသလား ဆိုသည့် မှန်ကန်စွာ ဖော်ပြချက်များကို အတည်ပြုရန်အတွက် အဆင့်မြင့်ဆုံး အတည်ပြုအပ်ပါသည်။ ဆေးရုံအဖွဲ့ဝင်များထံသို့ အတည်ပြုရန်အတွက် မညီညွတ်မှုများကို ကုမလင်အဖွဲ့အစည်းကိုမဆို ဆက်သွယ်နိုင်သလို ရတိုက်ကုသမှုများ ဆေးရုံမှတစ်ဆင့် လိုအပ်သည့် ဝန်ခံစာဖြင့် ဆေးကုသစရိတ်တောင်းခံလေး အဟောင်းများ အတည်ပြုအပ်ပါသည်။

Signature: လက်မှတ်	Relationship to Patient: လူနာနှင့်ပတ်သက်မှု	Date နေ့/လ/စု
Witness Signature: သက်သေလက်မှတ်	Relationship to Patient: လူနာနှင့်ပတ်သက်မှု	Date နေ့/လ/စု

<b>For Financial Counseling Personnel</b> ဝန်ထမ်းများအတွက် အတည်ပြုခံစားမှု			
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview      Phone Interview      Mail-in	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA    Victim's Assistance    Medicaid - program(s) _____    IHF    Financial Assistance			Assigned to Financial Counselor (name):

မေးလ်မှလျှောက်လွှာပြီးစီးခဲ့  
CHS System Business Office  
Attention: Financial Counseling  
PO Box 32861  
Charlotte, NC 28232