

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

MEDICAID သို့မဟုတ် MEDICARE သက်သာချောင်ချိရေး အစီအစဉ်အတွက်

သိရှိပါက သင်လျှောက်ထားနေသော Medicaid အမျိုးအစားကို

ရွေးချယ်ပါ-

- ပုံမှန် Medicaid
- သက်ညှာ Medicaid
- ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှု Medicaid
- Medicare သက်သာချောင်ချိရေး အစီအစဉ်
- ဝင်ငွေလျှော့ခြင်း

မေးစရာများရှိပါသလား။

အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။

1-855-306-8959 သို့

ခေါ်ဆိုပါ

ညွှန်ကြားချက်များ-

1. ဖောင်တစ်ခုလုံးကို ဖြည့်ပါ။ စာရေးရန် နေရာပိုလိုအပ်ပါက နောက်ထပ်စာမျက်နှာများကို ပူးတွဲထည့်ပါ။
2. တောင်းဆိုထားသည့် စာရွက်စာတမ်းမိတ္တူများကို ထည့်သွင်းပါ။
3. နောက်ဆုံးစာမျက်နှာတွင် သင်၏အခွင့်အရေးနှင့် တာဝန်များကို ဖတ်ရှုပါ။
4. လျှောက်လွှာ၏ စာမျက်နှာ 6 အောက်ခြေတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။
5. သင့်အား အပိုဆောင်းဖြစ်သည့် ရပ်ရွာတွင်းအစီအစဉ်များ/ဝန်ဆောင်မှုများ/အရင်းအမြစ်များကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်သော စာမျက်နှာ 7-9 ပါ မိမိဆန္ဒအလျောက် ဆောင်ရွက်စေသည့် **kynect အရင်းအမြစ်များလိုအပ်ချက် အကဲဖြတ်ချက်**ကို ဖြည့်သွင်းလိုခြင်းရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်ပါ။
6. သင်နေထိုင်ရာကောင်တီရှိ သင့်ဒေသတွင်း လူထုအခြေပြုဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department for Community Based Services, DCBS) ရုံးသို့ ပြန်သွားပါ။ 1-855-306-8959 ကိုခေါ်ဆို၍ဖြစ်စေ၊ https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx တွင် DCBS ဒေသန္တရရုံးရှာဖွေမှုသို့ သွားရောက်ခြင်းဖြင့်ဖြစ်စေ သင့်ဒေသန္တရရုံးကို ရှာဖွေနိုင်ပါသည်။ လျှောက်လွှာကို ဗဟိုစာပို့ဌာန ဖက်စ်နံပါတ် 1-502-573-2005 သို့မဟုတ် 1-502-573-2007 သို့ ဖက်စ်ပို့နိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့အား သင့်အကြောင်းပြောပြပါ-

မျိုးနွယ်အမည်-	အမည် ရှေ့ဆုံးစာလုံး-	အလယ်အက္ခရာ အစစာလုံး-	ကျား/မ- မွေးနေ့-
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ-	မြို့-	ပြည်နယ်-	စေ့ကုဒ်-
၎င်းသည် ဂေဟာ/အဖွဲ့အစည်း တစ်ခုလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ			
စာပို့လိပ်စာ-	မြို့-	ပြည်နယ်-	စေ့ကုဒ်-
လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်-	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်-	သင်နေထိုင်ရာ ကောင်တီ-	

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ- <input type="checkbox"/> အပျို/လူပျို <input type="checkbox"/> လက်ထပ်ထားပြီး၊ အတူနေသည် <input type="checkbox"/> လက်ထပ်ထားပြီး၊ အတူမနေ <input type="checkbox"/> ကွာရှင်းထားသည် <input type="checkbox"/> မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ	SSI အခြေအနေ- <input type="checkbox"/> တစ်ခါမျှ မလျှောက်ထားဘူးပါ <input type="checkbox"/> လောလောဆယ် ရရှိနေသည် <input type="checkbox"/> ဆိုင်းငံ့ထားသည် <input type="checkbox"/> ငြင်းဆို/ရပ်ဆိုင်းထားသည် အကြောင်းပြချက်-	လုပ်ထုံးလုပ်နည်းဆိုင်ရာ အရည်အချင်းပြည့်မီမ- <input type="checkbox"/> အသက် (65 နှစ်နှင့် အထက်) <input type="checkbox"/> မျက်မမြင် <input type="checkbox"/> မသန်စွမ်း စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာတွင် နေထိုင်ပါသလား သို့မဟုတ် သက်ညှာအစီအစဉ်ကို ယူထားပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
အခွန်ကောက်ခံမှုအခြေအနေ-	လျှောက်ထားသူ၏ မိခင်ဘာသာစကား (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်ပါက)-	

ဤလျှောက်လွှာအတွက် သင့်အား ကူညီပေးသူ ရှိပါသလား။ ရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် ၎င်းတို့၏ အချက်အလက်များကို ပေးပါ-

တော်စပ်ပုံ- <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> ကိုယ်စားလှယ်ရှေ့နေ <input type="checkbox"/> အုပ်ထိန်းသူ <input type="checkbox"/> အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်			
အခြားဖြစ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းပြပါ-			
မျိုးနွယ်အမည်-	အမည် ရှေ့ဆုံးစာလုံး-	အလယ်အက္ခရာ အစစာလုံး-	တယ်လီဖုန်း နံပါတ်-
လိပ်စာ-	မြို့-	ပြည်နယ်-	ဇစ်ကုဒ်-

ကျွန်ုပ်အတွက် MEDICAID ကို လျှောက်ထားရန် ဤပုဂ္ဂိုလ်အား ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် ခန့်အပ်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူ လက်မှတ်- X _____ ရက်စွဲ- _____

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

ကျေးဇူးပြု၍ အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အဆင့်အတန်းအတွက် သက်သေအထောက်အထားကို တင်ပြပါ။ လက်ခံနိုင်သော အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်အတွက် အတည်ပြုစာရွက်စာတမ်း ဥပမာများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်သည်-

- MAP-14 အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်အတွက် ဖောင်ပုံစံ - ဤနေရာတွင် ရှာဖွေပါ - <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- ကိုယ်စားလှယ်ရှေ့နေဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများ
- အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုရန် တရားရုံးစာရွက်စာတမ်းများ

**အိမ်ထောင်စုအချက်အလက်
သင့်အိမ်တွင်နေထိုင်သူတိုင်းကို စာရင်းပြုစုပါ**

တော်စပ်ပုံ	မျိုးနွယ် အမည်	အမည်ပထ မဆုံးစာလုံး	အလယ်အ ကွရာ အစစာလုံး	မွေးသက္ကရာဇ်	ကျား/မ	လူမှုဖူ လုံရေးနံ ပါတ်	လူမျိုး*	ဟစ်စပန်နစ်/ လက်တင်နို လား?	အမေရိကန် နိုင်ငံသား လား?
ကိုယ်တိုင်					<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ			<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
					<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ			<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
					<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ			<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
					<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ			<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
					<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ			<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်

***လူမျိုးအတွက်-** ဤကုဒ်များထဲမှ သက်ဆိုင်သည့်တစ်ခုခုကို အသုံးပြုပါ။ မဖြေပါက သင့်အကျုံးဝင်မှုကို ထိခိုက်မည်မဟုတ်ပါ။ (A) အမေရိကန် အိန္ဒိယ/အလာစကာဇာတိ၊ (B) လူမည်း၊ (P) ဟာဝိုင်အီ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား ဇာတိ၊ (S) အာရှ၊ (W) လူဖြူ။

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ (လျှောက်လွှာနှင့်အတူ ကတ်များ၏ ရှေ့နှင့်နောက် မိတ္တူများ ပေးပို့ပါ)		
<input type="checkbox"/> MEDICARE အပိုင်း A ကိုယ်တိုင် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/>	တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)- တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)-	သက်ရောက်သည့် နေ့စွဲ-
<input type="checkbox"/> MEDICARE အပိုင်း B ကိုယ်တိုင် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/>	တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)- တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)-	သက်ရောက်သည့် နေ့စွဲ-
<input type="checkbox"/> MEDICARE အပိုင်း C ကိုယ်တိုင် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/>	တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)- တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)-	သက်ရောက်သည့် နေ့စွဲ-
<input type="checkbox"/> MEDICARE အပိုင်း D ကိုယ်တိုင် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/>	တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)- တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)-	သက်ရောက်သ ည့် နေ့စွဲ-
ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအမည်- ကိုယ်တိုင် <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> အခြားအာမခံမူဝါဒ	တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)-	သက်ရောက်သည့် နေ့စွဲ-
ကုမ္ပဏီအမည်နှင့် လိပ်စာ-		
<input type="checkbox"/> အခြားအာမခံမူဝါဒ	တောင်းဆိုချက် နံပါတ် (ကတ်ပေါ်ရှိ)- သက်ရောက်သည့်	နေ့စွဲ-
ကုမ္ပဏီအမည်နှင့် လိပ်စာ-		

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

သင့်ဝင်ငွေနှင့် (အိမ်ထောင်ရှိလျှင်) သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၏ ဝင်ငွေ-

မရရှိသောဝင်ငွေ			
ဥပမာများ- လူမှုဖူလုံရေး၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း၊ မီးရထား အငြိမ်းစားဝန်ထမ်းများ၊ ပင်စင်စားများ၊ ပံ့ပိုးမှု သို့မဟုတ် စရိတ်စက၊ အငှားဝင်ငွေ၊ ဆေးရွက်ကြီးရောင်းချမှုအတွက် တရားဝင်ပေးအပ်ရငွေ၊ အမြတ်အစွန်းများ/ရင်းနှီးမြုပ်နှံမှုများမှ ရရှိငွေများ			
မည်သူရရှိသည့် ဝင်ငွေလဲ	ဝင်ငွေအမျိုးအစား	စုစုပေါင်းငွေပမာဏ (နှုတ်စရာများ မနှုတ်မီ)	မည်မျှမကြာခဏ လက်ခံရရှိသလဲ

ဝင်ငွေများ				
ဥပမာများ- အလုပ်တစ်ခုမှ လစာ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ ဝင်ငွေ				
မည်သူရရှိသည့် ဝင်ငွေလဲ	ဝင်ငွေအမျိုးအစား	စုစုပေါင်းပမာဏ (နှုတ်စရာများ မနှုတ်မီ)	မည်မျှမကြာခဏ လက်ခံရရှိသလဲ	အလုပ်ရှင်အမည်နှင့် နေရပ်လိပ်စာ

ကျေးဇူးပြု၍ ဝင်ငွေအားလုံးအတွက် အထောက်အထားကို ပေးပါ။ လက်ခံနိုင်သည့် စိစစ်အတည်ပြုစာရွက်စာတမ်းဥပမာများမှာ-

- လူမှုဖူလုံရေး၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်းရေးရာ သို့မဟုတ် မီးရထားအငြိမ်းစားယူခြင်းမှ ချီးမြှင့်စာများ
- ငွေပေးချေမှုဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူများ
- ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အခွန်မှတ်တမ်း မိတ္တူများ
- စရိတ်စက သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့မှုအတွက် တရားရုံး အမိန့်များ
- ပင်စင်စားများနှင့် အငြိမ်းစားယူမှုများအတွက် ကုမ္ပဏီစာရင်းရှင်းတမ်း

ကျန်းမာရေးနှင့် မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်တွင် ငွေကြေးရရှိစေသည့်ပစ္စည်းများ ရှိပါသလား။

ငွေကြေးရရှိစေသည့်ပစ္စည်း ဥပမာများ- ဘဏ်စာရင်းများ၊ စတော့ရှယ်ယာများနှင့် ငွေချေးစာချုပ်များ၊ ယုံကြည်အပ်နှံငွေများ၊ လျော်ကြေးငွေများ၊ ယာဉ်များ။
ဤငွေကြေးရရှိစေသည့်ပစ္စည်းများအတွက် သက်သေအထောက်အထားကို တင်ပြရမည်။ လက်ခံနိုင်သော အထောက်အထားများတွင် ဘဏ်စာရင်းရှင်းတမ်းများ၊ အကျိုးဆောင်ခရင်းတမ်းများ၊ ယုံကြည်အပ်နှံငွေ/နှစ်စဉ်ကြေး မိတ္တူများ ပါဝင်သည်။

ငွေကြေးရရှိသည့်နေရာ အမျိုးအစား	လက်ကျန်/ တန်ဖိုး	ငွေကြေးရရှိစေသည့်အရာကို ထိန်းသိမ်းထားသူလား? (ဘဏ် သို့မဟုတ် ကုမ္ပဏီအမည်)	ပိုင်ရှင်များ	ငွေစာရင်းနံပါတ်

သင်သည် လွန်ခဲ့သော 5 နှစ်အတွင်း ငွေကြေးရရှိစေသည့်ပစ္စည်းကို လွှဲပြောင်းခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်း ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိခဲ့ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းပြပါ-

ငွေကြေးရရှိစေသည့်ပစ္စည်းများတွင် အသက်အာမခံမှုဝါဒများ သို့မဟုတ် သင့်အတွက်ဖြစ်စေ၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်အတွက်ဖြစ်စေ ပြုလုပ်ထားသည့် အသုဘအခမ်းအနားဆိုင်ရာ ကြိုတင်ငွေပေးချေခြင်းလည်း ပါဝင်သည်-

အာမခံပေါ်လစီပိုင်ဆိုင်သူ	အာမခံကုမ္ပဏီ/နာရေး စီစဉ်ပေးသည့်နေရာ	မူဝါဒ နံပါတ်	အပေါ်ယံတန်ဖိုး	အာမခံပေါ်လစီမပြည့်မီ အာမခံကို ပယ်ဖျက်လိုက်ခြင်းကြောင့် ပြန်အမ်းပေးငွေ

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်သည် အိမ်ပိုင်ဆိုင်ပါသလား သင်ဘယ်မှာနေသလဲ။ ပိုင်ဆိုင်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်သွင်းပါ-	သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်တွင် ကိုယ်တိုင်မနေထိုင်သော်လည်း ပိုင်ဆိုင်ထားသည့်အိုးအိမ်ခြံမြေရှိပါသလား။ ပိုင်ဆိုင်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်သွင်းပါ-
--	---

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

လိပ်စာ-	လိပ်စာ-
လက်ရှိ PVA တန်ဖိုး-	လက်ရှိ PVA တန်ဖိုး-

နားလည်မှုနှင့် သဘောတူညီချက် ကြေညာချက်

ဤအချက်အလက်များမှာ မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိထားသမျှ မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ လူမှုဖူလုံရေးအက်ဥပဒေအရ အကူအညီလက်ခံရရှိသူအားလုံးသည် ၎င်းတို့အတွက် သတ်မှတ်ပေးထားသည့် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ပေးအပ်ရန်လိုအပ်ပြီး ဆိုင်ရာပုဂ္ဂိုလ်က ထိုနံပါတ်ကိုပေးအပ်ရန် ငြင်းဆိုလျှင် ဌာနသည် ငွေပေးချေနိုင်မည်မဟုတ်ကြောင်း သို့မဟုတ် Medicaid မပေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များကို ဝင်ငွေနှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု အတည်ပြုစနစ် (Income and Eligibility Verification System, IEVS) မှတစ်ဆင့် ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ်အဆင့် တိုက်ဆိုင်စစ်ဆေးမှုများအတွက် အသုံးပြုရမည်ဟု ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ဤတိုက်ဆိုင်စစ်ဆေးမှုများတွင် လူမှုဖူလုံရေး၊ IRS၊ SSI၊ လုပ်အားခမှတ်တမ်းများ၊ အလုပ်လက်မဲ့အာမခံနှင့် IEVS ၏ အခွင့်အာဏာအောက်တွင် ပေးထားသည့် အခြားတိုက်ဆိုင်စစ်ဆေးမှုများ ပါဝင်သော်လည်း အကန့်အသတ်မရှိပါ။ ကွဲလွဲမှုများကို တွေ့ရှိသောအခါတွင် သက်ဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းထံဆက်သွယ်၍ ဤအချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ပါသည်။ အတည်ပြုပြီးနောက် IEVS အောက်တွင် ပေးထားသည့် အချက်အလက်များသည် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များကို ဥပဒေအရခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်းသာ အခြားအေဂျင်စီများသို့ ထုတ်ဖော်ရမည်။ လျှောက်လွှာတင်သွင်းသူအားလုံးသည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားများ သို့မဟုတ် အတည်ပြုထားသော နိုင်ငံခြားသားအခြေအနေအောက်တွင် လက်ခံထားသူများဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်ကြေညာပါသည်။ ဤထုတ်ပြန်ချက်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော နိုင်ငံသားဖြစ်မှု သို့မဟုတ် နိုင်ငံခြားသားအခြေအနေအပါအဝင် အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ် သတိထားသလောက် မှန်ကန်မှုရှိကြောင်း မုသားသက်သေခံပြစ်ဒဏ်အရ ဤတွင် ထောက်ခံချက်ပေးသည့်အပြင် ကျွန်ုပ်၏ ထုတ်ပြန်ချက်ကို အတည်ပြုရန်အတွက် လိုအပ်သော အဆက်အသွယ်များပြုလုပ်ရန် လူထုအခြေပြုဝန်ဆောင်မှုများဌာနအား သဘောတူခွင့်ပြုချက် ပေးအပ်ပါသည်။ ရပ်ရွာအခြေပြုဝန်ဆောင်မှုများဌာနမှ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျွန်ုပ်သည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ဤလျှောက်လွှာပါ အချက်အလက်ကို အသုံးပြုကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် မှားယွင်းသော အချက်အလက်ကို ပေးခြင်း၊ အချက်အလက်များ ထိန်ချန်ခြင်း သို့မဟုတ် အပြောင်းအလဲများကို 10 ရက်အတွင်း အစီရင်ခံရန် ပျက်ကွက်ခြင်းတို့ဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်သည် လိမ်လည်မှုအတွက် တရားစွဲခံရနိုင်ပြီး၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှော့ချခြင်း သို့မဟုတ် ဆုံးရှုံးခြင်းအပြင် ရရှိထားသော အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ပြန်ဆပ်ရန် လိုအပ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ထုတ်ပြန်ချက်ကို အတည်ပြုရန် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် နောက်ထပ်

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

အချက်အလက်များကိုရယူရန် လိုအပ်သော အဆက်အသွယ်များ ပြုလုပ်ရန် ရပ်ရွာအခြေပြုဝန်ဆောင်မှုများဌာနအား သဘောတူညီချက် ထပ်မံပေးပါသည်။ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ဘာသာရေးယုံကြည်ချက်၊ ဇာတိနိုင်ငံ သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်တို့ မည်သို့ဖြစ်နေပါစေ အကူအညီအတွက် လျှောက်လွှာအားလုံးကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားသည်။ သင် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားလှယ်သည် သင့်အမှုအတွက် ဆောင်ရွက်ချက်တစ်ခုခုကို သဘောမတူပါက သင့်အမှုအား ဆောင်ရွက်ပေးနေသောဝန်ထမ်းထံ ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် တရားမျှတသော ကြားနာစစ်ဆေးမှုကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သင်ရွေးချယ်သည့် မည်သူမဆိုသည် ကြားနာစစ်ဆေးမှုတွင် သင့်အမှုကို တင်ပြနိုင်ပါသည်။

X _____
လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်

နေ့စွဲ

X _____
လျှောက်ထားသူ၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်

နေ့စွဲ

X _____
သက်သေခံလက်မှတ် (အမှတ်အသားလုပ်၍ လက်မှတ်ရေးထိုးလျှင်)

နေ့စွဲ

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

**kynect အရင်းအမြစ်လိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်ကို
ဆန္ဒရှိလျှင် ဖြည့်နိုင်ပါသည်**

အောက်ပါတို့သည် ဆန္ဒအလျောက် ရွေးချယ်နိုင်သည့်အပြင် သင်၏ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို သက်ရောက်မှုမရှိသော နောက်ထပ် အရင်းအမြစ်လိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်ဖြစ်သည်။ ဤအကဲဖြတ်ချက်သည် သင့်ကျန်းမာရေးပေါ် သက်ရောက်နိုင်သော သင်နှင့် သင့်မိသားစု၏ အခြားလိုအပ်ချက်များကို ခွဲခြားဖော်ထုတ်ပြီး သိရှိနားလည်ရန်အပြင် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ ရေဖို၊ မီးဖိုများ၊ အစားအစာ၊ ကလေးထိန်းစသည်ကဲ့သို့ အထောက်အကူဖြစ်နိုင်သည့် ရပ်ရွာအရင်းအမြစ်များ/ဝန်ဆောင်မှုများ/ပရိုဂရမ်များနှင့် သင့်အား ချိတ်ဆက်ပေးနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ကူညီပေးပါသည်။ <https://kynect.ky.gov/resources> တွင် သင်၏ kynect အကောင့်သို့ ဝင်ရောက်ခြင်းဖြင့် သင့်ရလဒ်များကို ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်သည် သို့မဟုတ် ရပ်ရွာအရင်းအမြစ်များ/ဝန်ဆောင်မှုများ/အစီအစဉ်များသို့ ညွှန်းဆိုပေးစေရန် 2-1-1 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။

<https://kynect.ky.gov/resources> တွင် မိမိတို့၏ kynect အကောင့်သို့ ဝင်ရောက်ခြင်း သို့မဟုတ် 2-1-1 သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် နောက်ထပ် မိသားစုဝင်များသည် ၎င်းတို့၏ကိုယ်ပိုင် တစ်ဦးချင်းလိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုကို အပြီးသတ်နိုင်သည်။

သင့်အခြေအနေကို အကောင်းဆုံးဖော်ပြသည့် စာလုံးကို ဝိုင်းပေးပါ-

1. သင့်အိမ်ရာအခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။
 - a. ကျွန်ုပ်တို့တွင် အိမ်ရာ အတည်တကျမရှိပါ။
 - b. ကျွန်ုပ်တို့သည် သူငယ်ချင်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးနှင့်အတူ ယာယီနေထိုင်နေပါသည်။
 - c. ကျွန်ုပ်တို့သည် လက်ရှိတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ငှားခ/ချေးငွေကို မပေးဆောင်နိုင်ဘဲ နှင်ထုတ်ခံရမည့် အန္တရာယ်တွင် ရှိနေပါသည်။
 - d. ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ငှားခ/ချေးငွေကို ပေးဆောင်နေသော်လည်း ၎င်းကို မတတ်နိုင်ပါ (ဝင်ငွေ၏ 30% ကျော်ရှိသည်)။
 - e. လက်ရှိတွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် အိမ်ငှားခ/ချေးငွေဆိုင်ရာ အကူအညီပေးသည့် အစီအစဉ်ကို အသုံးပြုနေသည်။
 - f. ကျွန်ုပ်တို့၏ အိမ်ငှားခ/ချေးငွေကို အခက်အခဲမရှိ ပေးချေပါသည်။

ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်

2. သင်၏အိမ်ရာ အသုံးအဆောင်များ (ရေ၊ လျှပ်စစ်၊ အပူ) အခြေအနေများကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့တွင် အိမ်ရာမရှိပါ/အိမ်ရာအတွက် ရေ၊ မီးတို့မရှိပါ။
- b. မပေးဆောင်သောကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ ရေ၊ မီးတို့ မကြာခဏ ဖြတ်ခံရလေ့ရှိသည်။
- c. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ရေဖိုး၊ မီးဖိုးများကို ကူညီပေးချေသည့် အစီအစဉ်များကို အသုံးပြုပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်၏ ရေဖိုး၊ မီးဖိုးများ ပေးဆောင်ရာတွင် အခက်အခဲရှိသော်လည်း အများစုကို ပေးချေနိုင်ပါသည်။
- e. ရေ၊ မီးတို့ ဘယ်သောအခါမှ ဖြတ်တောက်မခံရစေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ရေဖိုး၊ မီးဖိုးများကို ပေးချေနိုင်ပါသည်။

3. သင့်လက်ရှိအလုပ်အကိုင်အခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. အလုပ်မရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်တို့တွင် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် ယာယီ၊ ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် အချိန်ပိုင်းအလုပ်ရှိပါသည်။ နောက်ထပ် အလုပ်အကိုင် လိုအပ်ပါသည်။
- c. အကျိုးခံစားခွင့်များမရှိသော သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များရှိသော အချိန်ပြည့်အလုပ် ကျွန်ုပ်တို့တွင် ရှိပါသည်။
(မှတ်ချက်- အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာနှင့် အမြင်အာရုံအာမခံနှင့် အငြိမ်းစားယူခြင်းဆိုင်ရာ ပက်ကေ့ချ်များ ပါဝင်နိုင်ပါသည်)
- d. ကျွန်ုပ်တို့တွင် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် ယာယီ၊ ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် အချိန်ပိုင်းအလုပ်ရှိပါသည်။ အလုပ်အကိုင် ထပ်မံမလိုအပ်ပါ။
- e. ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များပါရှိသော အချိန်ပြည့်အလုပ်ရှိပါသည်။

4. သင့်ဝင်ငွေအခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ဝင်ငွေမရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေသည် ပုံမှန်မရှိပါ။
- c. ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေက ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်လောက်အောင် မလုံလောက်ပါ။
- d. အကူအညီ အစီအစဉ်များ၏ အကူအညီဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ပါသည်။
- e. ကျွန်ုပ်သည် အကူအညီမပါဘဲ ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်ပါသည်။
- f. ကျွန်ုပ်၏ ဝင်ငွေသည် ကျွန်ုပ်၏လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးပြီး ကောင်းမွန်စွာ စီမံခန့်ခွဲထား၍ ကျွန်ုပ်သည် ချွေတာနိုင်ပါသည်။

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

5. သင့်အစားအစာအခြေအနေများကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်သည် အစားအစာကို ရယူ၍ မရနိုင်ပါ။
- b. အစားအစာကို ရရှိနိုင်သော်လည်း အစားအသောက်ပြင်ဆင်ရန် နေရာ သို့မဟုတ် အချိန်မရှိပါ။
- c. ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုသည် SNAP (အစားအသောက် ကူပွန်များ) သို့မဟုတ် အခြားအစားအစာ အကူအညီများကဲ့သို့သော အစားအစာအတွက် အကူအညီကို ရရှိပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံ အစားအစာ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော်လည်း စာနပ်ရိက္ခာအခမဲ့ရယူရန်နေရာကဲ့သို့ အကူအညီကို ရံဖန်ရံခါ လိုအပ်ပါသည်။
- e. ကျွန်ုပ်သည် အကူအညီမပါဘဲ အခြေခံ အစားအစာ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်ပါသည်။
- f. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစု နှစ်သက်ရာအစားအစာကို ရွေးချယ်ဝယ်ယူနိုင်ပါသည်။

6. သင့်ကလေးအား စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်မှုအခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်သည် ကလေးထိန်းလိုအပ်သော်လည်း ယခုအချိန်တွင် ကလေးထိန်းခကို မတတ်နိုင်ပါ။
- b. ကျွန်ုပ်သည် ကလေးထိန်းခကို တတ်နိုင်သော်လည်း ကလေးထိန်း ရွေးချယ်စရာများသည် စိတ်မချရပါ သို့မဟုတ် လက်လှမ်းမမီပါ။
- c. ရင်းနှီးသည့်သူငယ်ချင်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးက ကလေးထိန်းပေးသည်။
- d. ကျွန်ုပ်၏ နှစ်သက်ရာ အရည်အသွေးကောင်းမွန်သော ကလေးထိန်းကို ကျွန်ုပ်ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။
- e. ယခုအချိန်တွင် ကလေးထိန်း မလိုအပ်ပါ။

7. သင့်ပညာရေးအဆင့်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တွင် အထက်တန်းကျောင်း ဒီပလိုမာ/GED မရှိပါ သို့မဟုတ် စာဖတ်၊ စာရေးရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်တွင် အထက်တန်းကျောင်း ဒီပလိုမာ/GED ရှိသော်လည်း ဘာသာစကားသည် အတားအဆီးတစ်ခုဖြစ်သည်။
- c. ကျွန်ုပ်တွင် အထက်တန်းကျောင်း ဒီပလိုမာ/GED ရှိသော်လည်း ကျွန်ုပ်၏အလုပ်အခြေအနေ တိုးတက်စေရန်အတွက် ထပ်ဆောင်း ပညာရေး/သင်တန်းကို လိုအပ်ပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်သည် အလုပ်အကိုင်အတွက် လိုအပ်သည့် ပညာရေး/သင်တန်းကို ပြီးမြောက်ပြီးဖြစ်သည်။
- e. ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိတွင် အထက်တန်းကျောင်း သို့မဟုတ် ပညာရေးကျောင်း/သင်တန်းကျောင်း တက်ရောက်နေပါသည်။

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

**8. သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အကျိုးဝင်သည့်အာမခံကို မည်သည့်အရာဖြင့်
အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။**

- a. ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှု မရှိသည့်အပြင် အာမခံဝန်ဆောင်မှုကို တတ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံး လိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှု မရှိသည့်အပြင် အာမခံဝန်ဆောင်မှုကို ချက်ချင်း မလိုအပ်ပါ။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အချို့ (ကလေးများကဲ့သို့) တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှုရှိသော်လည်း ၎င်းအား အသုံးပြုပုံကို သိရှိနားလည်ရန်အတွက် အကူအညီရယူလိုပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အချို့ (ကလေးများကဲ့သို့) တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံဝန်ဆောင်မှုရှိပြီး ၎င်းအား အသုံးပြုပုံကို ကျွန်ုပ်တို့ သိရှိနားလည်ပါသည်။
- e. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးသည် ဈေးသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် အကျိုးဝင်သော်လည်း ၎င်းအားအသုံးပြုပုံကို သိရှိနားလည်ရန်အတွက် အကူအညီရယူလိုပါသည်။
- f. ကျွန်ုပ်တို့ အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးသည် ဈေးသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် အကျိုးဝင်ပြီး ၎င်းအား အသုံးပြုပုံကို ကျွန်ုပ်တို့ သိရှိနားလည်ပါသည်။

9. သင့် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး အခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တို့ သွားရေး လာရေးအတွက် အသုံးပြုနိုင်သည့်ယာဉ်များ မရှိပါ။
- b. ကျွန်ုပ်တို့ ကားတစ်စီးရှိသော်လည်း မမောင်းနိုင်ပါ သို့မဟုတ် မမောင်းရဲပါ။
- c. ကျွန်ုပ်တို့ အများသုံးသယ်ယူပို့ဆောင်ရေး သို့မဟုတ် စက်ဘီးကို အသုံးပြုသော်လည်း အဆင်မပြေပါ သို့မဟုတ် အကန့်အသတ်ရှိပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တို့ သွားရေး လာရေးအတွက် အကူအညီ မလိုအပ်ပါ။

10. စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသလား။

- a. ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် အကူအညီ လိုအပ်နေပါသည်။
- b. မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် အကူအညီ မလိုအပ်ပါ။

11. မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသလား။

- a. ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်နေပါသည်။
- b. မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ မလိုအပ်ပါ။

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

12. အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသလား။

- a. ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်သည် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်နေပါသည်။
- b. မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်သည် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အရင်းအမြစ်များ မလိုအပ်ပါ။

13. သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့်/သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူကို ပြုစုစောင့်ရှောက်ရန်အတွက် သင့်အခြေအနေကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်၏ အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က စောင့်ရှောက်ထားသောသူတစ်ယောက်အတွက် အကူအညီ ချက်ချင်းလိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က စောင့်ရှောက်ထားသောသူတစ်ယောက်သည် အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကြောင့် စောင့်ရှောက်မှုပေးသော အကူအညီကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်သည် သက်ကြီးရွယ်အို/မသန်စွမ်းအတွက် စောင့်ရှောက်မှုပေးသော အကူအညီ မလိုအပ်ပါ။

14. သင့်ကလေးများ၏ ကျောင်းအတွေ့အကြုံကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တွင် ကျောင်းမအပ်ရသေးသော ကျောင်းနေအရွယ် ကလေးတစ်ဦးနှင့်အထက် ရှိပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်၏ ကလေး သို့မဟုတ် ကလေးများကို ကျောင်းအပ်ထားသော်လည်း အချို့အချိန်များကိုသာ တက်ရောက်ကြသည်။
- c. ကျွန်ုပ်၏ ကလေး သို့မဟုတ် ကလေးများကို ကျောင်းအပ်ထားပြီး အချိန်အများစု သို့မဟုတ် အချိန်တိုင်း အတန်းတက်နေပါသည်။
- d. ကျွန်ုပ်တွင် ကျောင်းနေအရွယ် ကလေးများမရှိပါ။

15. သင်၏အခြေခံလိုအပ်ချက်များကို နေ့စဉ်ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော သင်၏စွမ်းရည်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. အစားအစာ၊ အဝတ်အစား သို့မဟုတ် ပုံမှန်ရေချိုးရန်နေရာကဲ့သို့သော အခြေခံလိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်စွမ်း ကျွန်ုပ်တွင် မရှိပါ။
- b. အနည်းငယ် ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံလိုအပ်ချက်အားလုံးတော့ မဟုတ်ပါ။
- c. ကျွန်ုပ်သည် အများစုကို ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော်လည်း အခြေခံလိုအပ်ချက်အားလုံးကိုတော့ မဟုတ်ပါ။
- d. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံလိုအပ်ချက်အားလုံးကို နေ့စဉ်ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ပါသည်။

**ကျန်းမာရေးနှင့်
မိသားစုဝန်ဆောင်မှုများအတွက်**

16. သင့်လူမှုဆက်သွယ်ရေးများနှင့် ခင်မင်ရင်းနှီးမှုများကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်သည် အထီးကျန်နေပြီး/သို့မဟုတ် လူများနှင့် မဆက်ဆံလိုပါ။
- b. ကျွန်ုပ်သည် မိသားစု သို့မဟုတ် အဖွဲ့များတွင် ပိုမိုပါဝင်လိုသော်လည်း အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးကူညီမှုများ ပို၍လိုအပ်ပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တွင် ခိုင်မာသော မိသားစု/လူမှုရေးပံ့ပိုးမှုများရှိပြီး/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ရပ်ရွာအသိုင်းအဝိုင်း သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးကူညီရေးအဖွဲ့များတွင် တက်ကြွစွာပါဝင်နေပါသည်။

17. တရားရေးရာ ပံ့ပိုးကူညီမှုအတွက် သင့်လိုအပ်ချက်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်တွင် အကောင်အထည်မဖော်ရသေးသော ဝရမ်း(များ) ရှိနေသည် သို့မဟုတ် မပြီးပြတ်သေးသည့် စွဲချက်များ ရှိနေပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်သည် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် စည်းကမ်းများကို အပြည့်အဝလိုက်နာပါသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တွင် ကြီးလေးသော ပြစ်မှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းမရှိပါ သို့မဟုတ် 12 လကျော်အတွင်း ပြစ်မှုဆိုင်ရာ တရားစီရင်ရေးတွင် ပါဝင်ပတ်သက်မှု မရှိခဲ့ပါ။

18. သင်၏ မိဘအုပ်ထိန်းမှုစွမ်းရည်ကို မည်သည့်အရာဖြင့် အကောင်းဆုံးဖော်ပြမည်နည်း။

- a. ကျွန်ုပ်၏ မိဘအုပ်ထိန်းမှုစွမ်းရည်ကို မြှင့်တင်ရန် အရင်းအမြစ်များ လိုအပ်ပါသည်။
- b. ကျွန်ုပ်၏ မိဘအုပ်ထိန်းမှုစွမ်းရည်သည် လုံလောက်သည် သို့မဟုတ် ကောင်းမွန်ပြည့်စုံသည်။
- c. ကျွန်ုပ်တွင် ကလေးများမရှိပါ။