

နယူးယောက်ပြည်နယ် တစ်သမတ်တည်းဖြစ်သော

ဆေးရုံငွေကြေးအကူအညီလျှောက်လွှာ

သင့်တွင် အာမခံမရှိလျှင်၊ သင့်အာမခံသက်တမ်း ကုန်သွားလျှင် သို့မဟုတ် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသော်လည်း သင့်ဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ပို၍ ပေးချေထားသည့် ဆေးကုသရေး ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် သက်သေအထောက်အထားရှိလျှင် သင့်ဘေလ်များကို ပေးဆောင်ပေးမည့် ဆေးရုံငွေကြေးအကူအညီအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ကိုဖြည့်စွက်ခြင်းသည် သင်၏ ဆေးရုံငွေကြေးအကူအညီ တောင်းခံမှုကို စတင်မည်ဖြစ်သည်။ ဤဖောင်ကို နယူးယောက်ပြည်နယ်ရှိ ဆေးရုံအားလုံးတွင် အသုံးပြုသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဆေးရုံ၏ဝန်ဆောင်မှုရယူသော လူနာများ၏ မူလ¹ ဘာသာစကားဖြင့် ပရင့်ထုတ်ဝေရမည်။

လူနာအမည် (သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များအားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ)

လူနာအမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)		
မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yyyy)		
လိပ်စာ	တိုက်ခန်း/အခန်းနံပါတ် #	
မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်း #		
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဥပဒေနှင့်အညီဖြစ်သော ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည် (လူနာက အရွယ်မရောက်သေးသော ကလေးငယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသော အရွယ်ရောက်သူဖြစ်လျှင်)		
အီးမေးလ်လိပ်စာ (ရှိပါက)		

¹ “မူလဘာသာစကားများ” တွင် နှစ်စဉ်လာရောက်ပြသည့် လူနာများ၏ အနည်းဆုံး 5% က ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် အသုံးပြုသော မည်သည့်ဘာသာစကားမဆို ပါဝင်သည်။ သို့မဟုတ် မူလဆေးရုံဝန်ဆောင်မှု ဧရိယာရှိ လူဦးရေ၏ 1% ကျော်က ပြောဆိုသော မည်သည့်ဘာသာစကားမဆို ပါဝင်သည်။ ကျောင်းစနစ်များရှိဒေတာများက ဖြည့်စွက်ပေးသည့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု သန်းခေါင်စာရင်းဌာန (United States Bureau of the Census) ထံမှ ရရှိသော လူမှုပထဝီအချက်အလက်များကို အသုံးပြု၍ တွက်ချက်သည်။

မိသားစု အချက်အလက်များ-

သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မိသားစုဝင်များအားလုံးကို အောက်တွင် စာရင်းပြုစုပေးပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အတူနေဖော်နှင့် ကလေးများ သို့မဟုတ် အခြားမှီခိုသူများ ပါဝင်သည်။ ဥပမာ ၎င်းတွင် တူညီသော အခွန်ပြန်တမ်း၌ စာရင်းသွင်းထားသူတိုင်း ပါဝင်မည်။

စုစုပေါင်းဝင်ငွေဆိုသည်မှာ အခွန်မနှုတ်ယူမီ သင့်ဝင်ငွေကို ဆိုလိုသည်။

စုစုပေါင်းဝင်ငွေတွင် လုပ်အားဝင်ငွေ (လုပ်အားခများ၊ လစာများ၊ ဘောက်ဆူးများ၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှဝင်ငွေများ)၊ အလုပ်မလုပ်ဘဲရရှိသော ဝင်ငွေ (လူမှုဖူလုံရေး၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ)၊ ထောက်ပံ့ကြေးများ (မိသားစု သို့မဟုတ် သူငယ်ချင်းများထံမှ ရန်ပုံငွေများ) နှင့် အခြားဝင်ငွေရင်းမြစ်များ (ယာယီ အကူအညီနှင့် ဖြည့်စွက်လူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေ) တို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

အမည်အပြည့်အစုံ	တော်စပ်ပုံ	စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (လက်ရှိ)
	ကိုယ်တိုင်	

ဆေးရုံသည် ဝင်ငွေအထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်သွင်းရန် သင့်အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းနမူနာများတွင် လုပ်ခလစာပြေစာ၊ သက်ဆိုင်ပါက သင့်အလုပ်ရှင်ထံမှ စာတစ်စောင် သို့မဟုတ် ပုံစံ 1040 တို့ ပါဝင်နိုင်သည်။

ကျန်းမာရေး အာမခံ အခြေအနေ

သင့်တွင် Medicaid၊ Medicare သို့မဟုတ် သင့်အလုပ်ရှင်မှတစ်ဆင့်ဖြစ်သော သို့မဟုတ် သင်ကိုယ်တိုင် ဝယ်ယူထားသော ပုဂ္ဂလိကအာမခံအပါအဝင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ပုံစံတစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ရှိပါသည် မရှိပါ

သင်က "မရှိပါ" ဟု ဖြေဆိုခဲ့လျှင် ဤပုဂ္ဂလိကအာမခံများထဲမှ တစ်ခုခုအတွက် လျှောက်ထားရာတွင် အကူအညီ ရယူလိုပါသလား။ လိုပါသည် မလိုပါ

အာမခံအလုံအလောက်မရှိသော လူနာများ- အာမခံရှိပြီး ဆေးကုသရေးကုန်ကျစရိတ် မြင့်မားသူများ။ သင့်တွင် အာမခံရှိလျှင် လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း သင် ပေးချေခဲ့သည့် ဆေးကုသရေးဘေလ်များ၏ ခန့်မှန်းငွေကို ဖော်ပြပေးပါ။

\$

ဆေးရုံသည် ပေးချေခဲ့သည့် ဆေးကုသရေး ကုန်ကျစရိတ်များ၏ အထောက်အထားအဖြစ် စာရွက်စာတမ်းများကို တင်သွင်းရန် သင့်အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

လူနာ/တာဝန်ယူထားသူ- လူနာမဟုတ်ပါက ဖောင်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏ အမည်နှင့် လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ၎င်းတို့၏အခွင့်အာဏာရှိမှုကို ဖော်ပြပေးပါ (ဥပမာ အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်)။

ကျွန်ုပ်တင်ပြသော အချက်အလက်များသည် ပြင်ပရင်းမြစ်များမှ စိစစ်အတည်ပြုခြင်းကို ခံရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိထားသမျှ အတိုင်းအတာအထိ မှန်ကန်ပြည့်စုံကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။

စာလုံးကြီးဖြင့် အမည်	ရက်စွဲ
လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ	
လက်မှတ်	

အနည်းဆုံး သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များ

လျှောက်လွှာအချိန်ဇယား၊ လူနာအခွင့်အရေးများနှင့် လျှို့ဝှက်ထားရှိမှု

- သင်သည် ငွေကောက်ခံခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ငွေကြေးအကူအညီအတွက် လျှောက်ထားနိုင်သည်။
- သင်သည် သင်၏ ငွေကြေးအကူအညီလျှောက်လွှာအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို မရရှိမချင်း ဤဆေးရုံသို့ မည်သည့်ငွေပေးချေမှုကိုမျှ ပြုလုပ်ရန်မလိုပါ။ သင်၏လျှောက်လွှာကို စောင့်ဆိုင်းနေစဉ် ဆေးရုံများသည် ငွေကောက်ခံဌာနဆီသို့ အကောင်အထည်ဖော်မှု မပေးပို့နိုင်ပါ။
- ငွေကြေးအကူအညီအတွက် သင့်ကို ငြင်းပယ်လိုက်ပါက သင့်တွင် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့် ရှိသည်။ အယူခံဝင်နည်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင်ရရှိသော ဆေးရုံ၏အသိပေးချက်တွင် ထည့်သွင်းထားပါမည်။ သင်သည် သင်၏ ငွေကြေးအကူအညီပမာဏအတွက် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့် ရှိနိုင်သည်။ ဆေးရုံသည် ၎င်းတို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သည့်စာတွင် အယူခံဝင်နည်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပေးထားပါမည်။
- ဆေးရုံများသည် သင့်ထံ ပထမဆုံး ငွေတောင်းခံလွှာကို ပေးပို့ပြီး အနည်းဆုံး 180 ရက်ကြာသည်အထိ သင်မပေးဆောင်ရသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဘေလ်ကို ငွေကောက်ခံရေးအေဂျင်စီထံ ပေးပို့၍မရပါ။
- ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 400% အောက်တွင်ရှိသော လူနာများထံမှ မပေးချေရသေးသည့် ဆေးကုသရေးဘေလ်များကို ပြန်လည်ရရှိရေးအတွက် တရားစွဲဆိုခြင်းအပါအဝင် တရားဥပဒေအရ အရေးယူခြင်း မပြုလုပ်ရန် ဆေးရုံများကို တားမြစ်ထားပါသည်။ ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုလမ်းညွှန်ချက်များကို ဖော်ပြပါတွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်- <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ဆေးရုံသည် ဤလျှောက်လွှာတွင်ပေးထားသော မည်သည့်အချက်အလက်ကိုမဆို ငွေကြေးအကူအညီအတွက် သင်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်သာ အသုံးပြုမည်ဖြစ်ပြီး ဥပဒေအရခွင့်ပြုထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ လျှို့ဝှက်ထားရှိပါမည်။
- သင့်တွင် မပေးချေရသေးသော ဆေးကုသရေးဘေလ်များ ကျန်ရှိနေသောကြောင့် ဆေးရုံသည် သင့်အား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ ဖြည့်ဆည်းပေးခြင်းကို ငြင်းပယ်၍မရပါ။
- ဤလျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီလိုအပ်လျှင် NYU Langone Health ၏ ငွေကြေးအကူအညီရေးရာရုံး 888-279-1364 ထံ ဆက်သွယ်ပေးပါ။
- ဤလျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ ထပ်ဆောင်းအကူအညီ လိုအပ်လျှင် သို့မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် အယူခံဝင်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်လျှင် Community Health Advocates ထံ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ 888-614-5400။

သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသည်ထက် မြင့်မားသော ဝင်ငွေအဆင့်များ၌ ငွေပေးချေမှုလျှော့စျေးများအတွက် လူနာသတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို သက်သေပြရန် ဆေးရုံတစ်ခု၏ လုပ်နိုင်စွမ်းကို မည်သည့်အရာကမျှ ကန့်သတ်မထားပါ။ နှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေအရ လိုအပ်သည်ထက်ပို၍ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော လူနာများအတွက် ပိုမိုများပြားသော ငွေပေးချေမှုလျှော့စျေးများ ပေးအပ်ရန်လည်း ကန့်သတ်မထားပါ။ ထို့ပြင် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးအခြေအနေကို ငွေကြေးအကူအညီရယူခွင့် ငြင်းပယ်ရန်အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု စံနှုန်းတစ်ခုအဖြစ် မသုံးရပါ။

အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်များသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည်-

- ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိသော ဝင်ငွေနည်းပါးသူတိုင်း၊ သို့မဟုတ်
- အာမခံလုံလောက်မှုမရှိသူများ (လွန်ခဲ့သော ဆယ့်နှစ်လအတွင်း စုဆောင်းရရှိထားသော အိတ်စိုက်ဆေးကုသရေးကုန်ကျစရိတ်များသည် ထိုသူ၏ စုစုပေါင်းတစ်နှစ်ဝင်ငွေ၏ ဆယ်ရာခိုင်နှုန်းထက် ပိုများသည်)၊ သို့မဟုတ်
- ကျန်းမာရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များ ကုန်ဆုံးသွားသူများနှင့် အပြည့်အဝငွေပေးချေရန် မတတ်နိုင်ကြောင်း သက်သေပြနိုင်သူများ၊ သို့မဟုတ်
- ဆေးရုံ၏ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ၎င်းတို့၏ ပူးတွဲပေးချေမှု နှင့်/သို့မဟုတ် နုတ်ဖြတ်ငွေကို ပေးချေရန် မတတ်နိုင်ကြောင်း သက်သေပြနိုင်သူများသည် လျှော့ထားသော သို့မဟုတ် လျှော့စျေးပေးထားသော ငွေပေးချေမှုကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။

ဖယ်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးအဆင့် 400% အထိရှိသူတိုင်းသည် ငွေကြေးအကူအညီအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည်။

ဖယ်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်များ (2026)			
အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား	200%	300%	400%
1 ယောက်	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 ယောက်	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 ယောက်	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4 ယောက်	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 ယောက်	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 ယောက်	\$88,720	\$133,880	\$177,440
7 ယောက်	\$100,080	\$150,120	\$200,160

နှစ်စဉ် အပ်ဒိတ်လုပ်သည်- <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

အနည်းဆုံး လျှော့ဈေးနှုန်းထားများ

သင်က ငွေကြေးအကူအညီအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီလျှင် သင်၏အခကြေးငွေများကို အောက်ပါအတိုင်း လျှော့ချနှုန်းထားစနစ်ဖြင့် သင့်ဝင်ငွေနှင့်အညီ လျှော့ချပေးမည်ဖြစ်သည်-

ဝင်ငွေအဆင့်	ငွေပေးချေမှု
ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် 200% အောက်	အခကြေးငွေအားလုံး သက်သာခွင့်ပေးသည်
ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် 200% - 300%	အာမခံမရှိသော လူနာများ- Medicaid ဝန်ဆောင်မှု(များ)အတွက် ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ 10% အထိ လျှော့ချနှုန်းထားစနစ်။ အာမခံလုံလောက်မှုမရှိသော လူနာများ- ထိုလူနာ၏ အာမခံကုန်ကျစရိတ်မျှဝေကျခံမှုအရ ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ အများဆုံး 10% အထိ။
ဖယ်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် 301% - 400%	အာမခံမရှိသော လူနာများ- Medicaid ဝန်ဆောင်မှု(များ)အတွက် ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ 20% အထိ လျှော့ချနှုန်းထားစနစ်။ အာမခံလုံလောက်မှုမရှိသော လူနာများ- ထိုလူနာ၏ အာမခံကုန်ကျစရိတ်မျှဝေကျခံမှုအရ ပေးချေရမည့် ပမာဏ၏ အများဆုံး 20% အထိ။

ဆေးရုံများသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် လူနာများအတွက် ပိုများသောလျှော့ဈေးများပေးရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ဝင်ငွေအဆင့်ပိုမြင့်သော လူနာများအတွက် ငွေပေးချေမှုလျှော့ဈေးများ ပေးအပ်ရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အရစ်ကျပေးချေမှု အစီအစဉ်များ

လျှော့ချထားသောနှုန်းထားများကို တစ်ကြိမ်တည်း အားလုံးပေးချေရန် မတတ်နိုင်သော လူနာများအတွက် အရစ်ကျပေးချေမှုအစီအစဉ်များ ရရှိနိုင်ပါသည်။ လစဉ်ပေးချေမှုများသည် သင်၏ စုစုပေါင်းလစဉ်ဝင်ငွေ၏ 5% ထက် မပိုရပါ။ ပေးချေရန်ကျန်ရှိသော လက်ကျန်ငွေအရ လူနာထံမှ ကောက်ခံသည့် အတိုးနှုန်း ရှိလျှင် ၎င်းသည် 2% ထက် မပိုရပါ။

အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေအထောက်အထား တောင်းခံခြင်း

လူနာ၊ ၎င်းတို့၏ အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် မိခင်များ (သားသမီးများကဲ့သို့) အတွက် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ဥပမာ ၎င်းသည် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေတွက်ချက်ရာတွင် တူညီသော အခွန်ပြန်တမ်း၌ ပါရှိသူအားလုံး (အခွန်ပေးဆောင်သူ၊ အိမ်ထောက်ဖက်နှင့် အခွန်မိခင်များ) ကို ထည့်သွင်းရမည်။

အောက်ပါတို့သည် သင့်ဝင်ငွေကို သက်သေပြရန် အသုံးပြုနိုင်သော စာရွက်စာတမ်းများစာရင်းဖြစ်သည်။ ယင်းစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကိုပေးအပ်ရန် မလိုပါ။ သင့်တွင် ဝင်ငွေမရှိလျှင် အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေမရှိကြောင်း ထုတ်ပြန်ချက်ကိုလည်း ပေးအပ်နိုင်သည်။

NY State of Health ဈေးကွက်ထံမှ သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်သည့် အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းကိုလည်း ပေးအပ်နိုင်သည်။ သင့်တွင် ယင်းစာရွက်စာတမ်းမရှိလျှင် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အခြားဝင်ငွေအချက်အလက်တစ်ခုခုကို ဆေးရုံသို့ ပေးရန်မလိုပါ။

အိမ်ထောင်စု အောက်ပါတို့ကို လက်ခံရရှိလျှင်-	တစ်လလျှင် ပမာဏ-	လျှောက်ထားသူက ပေးအပ်ရနိုင်သည့်အရာများ-
လုပ်အားခများ	\$	လစာပြေစာတစ်စောင် သို့မဟုတ် အလုပ်ရှင်က လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ထားသော ကုမ္ပဏီ အချက်အလက်များ ပါသည့်စာ၊ သို့မဟုတ် မကြာသေးမီက တင်သွင်းထားသော ဝင်ငွေခွန်ပြန်တမ်းတို့ကို ပေးအပ်ပါ။
လူမှုဖူလုံရေးငွေပေးချေမှု	\$	ဆုချီးမြှင့်စာ/လက်မှတ် မိတ္တူ၊ သို့မဟုတ် အမေရိကန် လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့ (Social Security Administration) ထံမှ အလားတူစာ၊ သို့မဟုတ် နှစ်စဉ်အကျိုးခံစားခွင့်စာ။ လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူကို တောင်းခံရန် 1-800-772-1213 သို့ ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် www.ssa.gov ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။
အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေး	\$	ဆုချီးမြှင့်စာ/လက်မှတ် မိတ္တူ၊ နယူးယောက်ပြည်နယ် အလုပ်သမားရေးရာဌာန (NYS Department of Labor) ထံမှ လစဉ်အကျိုးခံစားခွင့် ထုတ်ပြန်ချက်၊ သို့မဟုတ် ပရင့်ထုတ်ထားသော တိုက်ရိုက်ငွေပေးချေမှု ကတ်မိတ္တူ၊ သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ် အလုပ်သမားရေးရာဌာနထံမှ အလားတူစာ၊ သို့မဟုတ် နယူးယောက်ပြည်နယ် အလုပ်သမားရေးရာဌာန၏ ဝက်ဘ်ဆိုက် (www.labor.state.ny.us) မှ လက်ခံသူ၏ အကောင့်အချက်အလက်များ ပရင့်ထုတ်ခြင်း။

မသန်စွမ်းမှုအတွက် ငွေပေးချေခြင်း	\$	ဆုချီးမြှင့်စာ/လက်မှတ် မိတ္တူ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့ထံမှ အလားတူစာ သို့မဟုတ် နှစ်စဉ်အကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူ။ အကျိုးခံစားခွင့်စာမိတ္တူကို တောင်းခံရန် 1-800-772-1213 သို့ ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် www.ssa.gov ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။
အလုပ်သမား ထောက်ပံ့ကြေး	\$	ဆုချီးမြှင့်စာ သို့မဟုတ် ချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူ။
မယားစရိတ်/ကလေးစရိတ်	\$	တရားရုံးအမိန့်မိတ္တူ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော 3 လအတွင်း ငွေထုတ်ထားသည့် ချက်လက်မှတ်များ/ပြေစာများ။
အမြတ်ဝေစုများ/အတိုး	\$	သုံးလတစ်ကြိမ် အမြတ်ဝေစုထုတ်ပြန်ချက်များ သို့မဟုတ် 1 လ ထုတ်ပြန်ချက်များ။
အခြား	\$	ဌားရမ်းခဝင်ငွေ၊ လက်တိုလက်တောင်း အလုပ်များအတွက် ငွေသားရရှိမှု စသည်တို့ကဲ့သို့သော လုပ်အားခ မဟုတ်သည့် ဝင်ငွေပမာဏ (ရိုလျှင်) ကို ဖော်ပြပေးသည့်စာ။
ဝင်ငွေမရှိ	\$0	ဝင်ငွေမရှိကြောင်း လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ထုတ်ပြန်ချက်