

အိမ်နှင့် လူမှုရပ်ရွာပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ အခြေခံဝန်ဆောင်မှု (HCBS)
ထောက်ပံ့မှုရန်ပုံငွေအတွက် လျှောက်လွှာ

ဤအလျှောက်လွှာသည် လူမှုရပ်ရွာပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ အခြေခံဝန်ဆောင်မှု (HCBS) ထောက်ပံ့မှုရန်ပုံငွေများ အားလုံးအတွက်ဖြစ်ပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှုအားလိုအပ်နေသူသည် လျှောက်ထားသူဖြစ်ပါသည်။

- ဥ ဉာဏ်ရည်ဉာဏ်သွေး သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (ID/DD)
ဥ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် မသန်စွမ်းသူများ (AD)
ဥ ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း (TBI)

1. ကျွန်ုပ်သည် ဉာဏ်ရည်ဉာဏ်သွေး သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ထောက်ပံ့မှုရန်ပုံငွေအတွက် လျှောက်ထားနေပါသည်။ သင့်တွင် ဉာဏ်ရည်ဉာဏ်သွေး သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ရှိပါသလား။
ဥ ရှိပါသည်။ ဥ မရှိပါ။
သင့်သည် သင့်အသက် 22 နှစ်မတိုင်မီ ဉာဏ်ရည်ဉာဏ်သွေး သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုများ ဖြစ်ဘူးပါသလား။
ဥ ရှိပါသည်။ ဥ မရှိပါ။

2. ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိတွင် အတူတကွ နေထိုင်လျက်ရှိသော သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် မသန်စွမ်းသူများ အတွက် ထောက်ပံ့မှုရန်ပုံငွေများ လျှောက်ထားလိုခြင်း ဖြစ်ပါသည်။
ဥ နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ အထောက်အကူပြုအကူအညီပေးခြင်း။ ဥ သီးသန့်နေထိုင်ခြင်း။ ဥ ဘိုးဘွားရိပ်သာ ဥ ဆေးရုံ
အိမ်ခြေရာမဲ့များအတွက် AD ထောက်ပံ့ကြေးရန်ပုံငွေဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူလိုပါသည်။
ဥ နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ အထောက်အကူပြုအကူအညီပေးခြင်း။ ဥ သီးသန့်နေထိုင်ခြင်း။

3. ကျွန်ုပ်သည် ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့ကြေးရန်ပုံငွေအတွက် လျှောက်ထားလိုပါသည်။ သင့်တွင် ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းရှိပါသလား။
ဥ ရှိပါသည်။ ဥ မရှိပါ။
ထို ထိခိုက်ဒဏ်ရာသည် မွေးဖွားပြီး နောက်ပိုင်းမှ ဖြစ်ပေါ်လာသည်လား။ သို့မဟုတ် မျိုးရိုးလိုက်၊ မွေးရာပါ သို့မဟုတ် တဖြည်းဖြည်းယိုယွင်းလာခြင်းဖြစ်ပါသလား?
ဥ ရှိပါသည်။ ဥ မရှိပါ။

အပိုင်း ၁- လျှောက်ထားသူ

Table with 4 columns: ၁။ နာမည်၏ ပထမစာလုံး, အလယ်စာလုံး, နောက်ဆုံးစာလုံး, အခြား

၂။ ဖြစ်နိုင်လျှင် အိမ်ထောင်မကျမီ အမျိုးသမီးများ၏အမည် အပါအဝင် အသုံးပြုခဲ့သော ယခင်အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ။

Table with 4 columns: ၃။ မွေးရက်, SSN, ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်), ကျား/မ
၄။ လိပ်စာ, မြို့, ပြည်နယ်, စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား
၅။ စာပို့လိပ်စာ, မြို့, ပြည်နယ်, စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား

၆။ အီးမေးလ်

၇။ ပိုမိုလိုလားသော ဘာသာစကား

၈။ သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦးသည် စစ်မှုထမ်းဖူးပါသလား။

☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။

အကယ်၍ ရှိပါက၊ အမည်-

၉။ လက်မှတ်

၁၀။ လျှောက်ထားသူနှင့် ဆက်ဆံရေး

ရက်စွဲ

ကျေးဇူးပြု၍ အပိုင်း ၂ သို့မဟုတ် အပိုင်း ၃ သို့မဟုတ် အပိုင်း ၄ (အပိုင်းတစ်ခုသာ) အပိုင်း ၂-

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးအပ်ခံထားရသော ကိုယ်စားလှယ်

ကျွန်ုပ်သည် အသက် ၁၉ နှစ်နှင့်အထက်ဖြစ်ပြီး အချက်အလက်ထုတ်ပြန်မှုအတွက် အကူအညီနှင့် ခွင့်ပြုချက်ပေးရန် အောက်ပါကိုယ်စားလှယ် (ဥပမာ မိဘ၊ သူငယ်ချင်း၊ တရားဝင်ရှေ့နေအဖွဲ့အစည်း) ကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ပြုပါသည်။ (ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်အား

(ဖြည့်စွက်ရပါမည်။)

ကိုယ်စားလှယ်

လျှောက်ထားသူနှင့် ဆက်ဆံရေး	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
လိပ်စာ	မြို့
	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား

အပိုင်း ၃- တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ/ရှေ့နေ

၁။ ကျွန်ုပ်သည် အသက် ၁၉ နှစ်နှင့် အထက်ရှိပြီး တရားရုံးမှ ခန့်အပ်ထားသော အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ခွဲအပ်ထားသော ရှေ့နေ (ရှေ့နေပါဝါ သို့မဟုတ် POA ဟုလည်း ခေါ်သည်) ရှိပါသည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။

၃။ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင်ခွဲအပ်ထားသော ရှေ့နေ၏ အမည်	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
၃။ လိပ်စာ	မြို့
	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား

သင့်တွင် အခြားသောအုပ်ထိန်းသူများရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ အထက်တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များကို သီးခြားစာရွက်ပေါ်တွင် စာရင်းပြုစုပြီး ပူးတွဲတင်ပြပါ။

အပိုင်း ၄- အရွယ်မရောက်သေးသူ၏ မိဘ

၁။ လျှောက်ထားသူသည် အသက် ၁၉ နှစ်အောက် အရွယ်မရောက်သေးသော ကလေးဖြစ်ပါသည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။ ဟုတ်မှန်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြေဆိုပါ။

၂။ မိဘအမည်(များ)	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
၃။ လိပ်စာ	မြို့
	ပြည်နယ်
	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား

ကျေးဇူးပြု၍ အပိုင်း ၅ နှင့် အပိုင်း ၆ ကို ပြီးဆုံးအောင် ဖြေဆိုပါ။

အပိုင်း ၅- မွေးစားစောင့်ရှောက်ပေးသည့် နေရာ

၁။ လျှောက်ထားသူသည် Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန၏ တရားဝင် အုပ်ထိန်းမှုအောက်တွင်ရှိနေသော ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် ရှိခဲ့ဖူးသောသူတစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။

ယခုအချိန်တွင် မွေးစားစောင့်ရှောက်မှုတွင် ရှိနေပါက၊ CFS သို့မဟုတ် CFOM ဝန်ထမ်းအမည်	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
၂။ ဖြစ်နိုင်ပါက NFC အမှုတွဲဝန်ထမ်း အမည်	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)

အပိုင်း ၆- နိုင်ငံသား/နေထိုင်ခွင့်ရရှိထားသူ

၁။ ကျွန်ုပ်သည် အမေရိကန်နိုင်ငံသားဖြစ်ပါသည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။

၂။ မွေးဖွားရာနေရာ - မြို့	ပြည်နယ်	နိုင်ငံ
---------------------------	---------	---------

၃။ ကျွန်ုပ်သည် ဖက်ဒရယ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် နိုင်ငံသားဥပဒေအရ အရည်အချင်းပြည့်မီသော နိုင်ငံခြားသားတစ်ဦးဖြစ်ပါသည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။

၄။ ရွှေပြားခိုင်ခံ့သား မှတ်ပုံတင်နံပါတ်

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာပြ အခြေအနေ

၅။ ကျွန်ုပ်သည် Nebraska တွင် တရားဝင်နေထိုင်သူဖြစ်ပါသည်။

ရှိပါသည်။ မရှိပါ။

အပိုင်း ၇ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)- ထပ်ဆောင်း အချက်အလက်များ

ဤလျှောက်လွှာနှင့်သက်ဆိုင်သည့် သင်သိစေလိုသော အခြား ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များရှိပါက ဤနေရာတွင် မှတ်သားထားပါ။ မရှိပါက နောက်အပိုင်းသို့ ဆက်သွားပါ။

အပိုင်း ၈ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)- မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း။

၁။ သင်ယခုနေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန်အတွက် စာရင်းသွင်းထားခြင်းမရှိသေးပါက၊ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားလိုပါသလား။

- ရှိပါသည်။
- မရှိပါ။

အပိုင်း ၉ ကို ဆက်လက်ဖြည့်စွက်ပါ။

အပိုင်း ၉- မှတ်တမ်းများ

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါမှတ်တမ်းများကို ဤလျှောက်လွှာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပါ။ သို့မဟုတ် DDD မှ အချက်အလက်များကို စုဆောင်းနိုင်စေရန် အမည်များနှင့် ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်ကို ပေးဆောင်ပါ။

ဤလျှောက်လွှာအတွက် ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို ဒေတာရင်းမြစ်များမှ ပြန်လည်ရယူအသုံးပြုခြင်းအား ခွင့်ပြုသဘောတူပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ အခြားသော ထပ်မံဖြည့်စွက်လိုသည့် ကျောင်း သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဆက်အသွယ်အချက်အလက်များကို သီးခြားစာရွက်ပေါ်တွင် စာရင်းပြုစုပြီး ပူးတွဲတင်ပြပါ။

1. ပညာရေးဆိုင်ရာအစီရင်ခံစာများ (ဆိုလိုသည်မှာ ဘက်စုံစည်းကမ်းထိန်းသိမ်းရေးအဖွဲ့ (MDT) ၏နောက်ဆုံးဆယ်နှစ်အတွက် အစီရင်ခံစာများ။

၂။ ကျောင်း		လိပ်စာ	
မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)

၃။ သက်ဆိုင်ရာဆရာဝန်အစီရင်ခံစာများ/ရောဂါရှာဖွေမှုများ (ဆိုလိုသည်မှာ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ မျိုးရိုးဗီဇရောဂါ/ရောဂါများ) နှင့် လက်ရှိ ညွှန်ကြားထားသောဆေးဝါးများ (ဆေးဝါးရည်ရွယ်ချက်၊ သောက်သုံးသောပမာဏနှင့် အကြိမ်ရေများပါဝင်ပါသည်။)

သတ်မှတ်ချက်တိကျကျရှိသော
မသန်စွမ်းမှု

၄။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ

လိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
-------	---------	--------------------------------	--------------------------

၅။ နောက်ဆုံးငါးနှစ်အတွင်း လိုင်စင်ရ စိတ်ပညာရှင်ထံမှ အစီရင်ခံစာများ။
မရရှိနိုင်ပါ။

၆။ စိတ်ပညာရှင်

လိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
-------	---------	--------------------------------	--------------------------

၇။ ပြီးခဲ့သောငါးနှစ်အတွင်း စိတ်ရောဂါအထူးကုနှင့် ကုထုံးပညာရှင်/အတိုင်ပင်ခံထံမှ အစီရင်ခံစာများ။
မရရှိနိုင်ပါ။

၈။ စိတ်ရောဂါကုဆရာဝန်

လိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
-------	---------	--------------------------------	--------------------------

၉။ ကုထုံးပညာရှင် သို့မဟုတ် အတိုင်ပင်ခံပုဂ္ဂိုလ်

လိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား	ဖုန်း (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်)
-------	---------	--------------------------------	--------------------------

၁၀။ တရားရုံးမှ ခန့်အပ်ထားသော အုပ်ထိန်းသူဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူ (လျှောက်ထားသူသည် အသက် ၁၉နှစ်နှင့် အထက် သို့မဟုတ် တရားရုံးမှ ခန့်အပ်ထားသော အုပ်ထိန်းသူ ရှိလျှင်)။

ကျေးဇူးပြု၍ လျှောက်လွှာနှင့်မှတ်တမ်းများကို DD
အက်ပလီကေးရှင်းသို့ပေးပို့ပါ။

ဖွံ့ဖြိုးမှုမသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ ဌာနခွဲ

Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန 301 Centennial

Mall South
စာတိုက်ပုံးနံပါတ် 98947

Lincoln, NE 68509-8947
သို့မဟုတ် ဖက်စ်: (402) 328-6243

သို့မဟုတ် အီး-ဖက်စ်- DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

သို့မဟုတ် အီးမေးလ် DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD အက်ပလီကေးရှင်း (AD/TBI)

ဖွံ့ဖြိုးမှုမသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ ဌာနခွဲ

Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန 301 Centennial

Mall South
စာတိုက်ပုံးနံပါတ် 98947

Lincoln, NE 68509-8947
သို့မဟုတ် ဖက်စ်: (402) 328-6257

သို့မဟုတ် အီးမေးလ်: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်

ဤဖောင်တွင် လက်မှတ်ထိုးရန် ပျက်ကွက်ပါက ကုသမှု သို့မဟုတ် ငွေပေးချေမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည်မဟုတ်သော်လည်း၊ Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာနမှ ပံ့ပိုးပေးထားသည့် အချို့သောအကျိုးကျေးဇူးများအတွက် စာရင်းသွင်းခြင်း သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထိခိုက်စေနိုင်ပါသည်။ အားသာချက်များနှင့် အားနည်းချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့လည်း ပြောနိုင်သည့် သီးခြားအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ရန် လွတ်လပ်စွာဖြင့် မိမိဆန္ဒအလျောက် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ထုတ်ဖော်ရန် မလိုအပ်ကြောင်းကိုလည်း သိရှိနားလည်ထားသော်လည်း ထုတ်ဖော်မှုသည် အချက်အလက်ရရှိရန် ပိုမိုလွယ်ကူ သို့မဟုတ် ပိုမိုမြန်ဆန်စေမည်ဖြစ်ပါက ပံ့ပိုးပေးပါမည်။

အမည် (နောက်ဆုံးအလုံး၊ ပထမအလုံး၊ အလယ်အလုံး)		မွေးနေ့
လူမှုဖူလုံရေး ကိုယ်ပိုင်နံပါတ်	အမှု/မှတ်တမ်း # (သိရှိပါက)	ကာလ အပိုင်းအခြား
အချက်အလက်များကို(အမည်၊ နေရပ်လိပ်စာ၊ မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာတိုက်သုံး အတိုကောက်အမှတ်အသား) ဖွဲ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းခြင်း သို့မဟုတ် ပြဿနာဖြစ်ပါသည်။ Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန 301 Centennial Mall South စာတိုက်ပုံးနံပါတ် 98947, Lincoln, NE 68509-8947 သို့မဟုတ် ဖက်စ်: (402) 328-6243 သို့မဟုတ် အီး-ဖက်စ်- DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov သို့မဟုတ် အီးမေးလ် DHHS.DDEligibility@nebraska.gov ဤခွင့်ပြုချက်နှင့်အညီ ထုတ်ပြန်မည့်အချက်အလက်များသည် သက်ဆိုင်ရာပါတီများထံမှ သို့မဟုတ် လက်ဝယ်တွင်ရှိသော မှတ်တမ်း/အချက်အလက်များကိုသာ ကန့်သတ်ထားပါသည်။		ထုတ်ဖော်ခြင်းအကြောင်းရင်း- <input type="checkbox"/> X အရည်အချင်းပြည့်မီမှု သတ်မှတ်ချက် <input type="checkbox"/> X ကျွန်ုပ်တို့၏တောင်းဆိုချက် <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> အာမခံတောင်းဆိုမှု <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ဥပဒေဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် ကုသရေး အစီအစဉ်ချမှတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> အခြား (တိတိကျကျဖော်ပြရန်)။

အတိအကျဖော်ပြရမည့် အချက်အလက်-

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များနှင့် သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်အားလုံးကို ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ <input type="checkbox"/> အရွယ်ရောက်ပြီးသော တစ်ဦးချင်းစီ၏ အလွဲသုံးစားမှုနှင့် အဓိကကျသော လျစ်လျူရှုမှု ဗဟို သို့မဟုတ် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာမဟုတ်သော အချက်အလက်များ၊ မှတ်တမ်းများ တစ်ဦးချင်းစီနှင့် သက်ဆိုင်သော စာရွက်စာတမ်းများ မှတ်ပုံတင်ခြင်း။ <input type="checkbox"/> Aftercare Referral Form <input type="checkbox"/> ဆေးရုံဆင်းခြင်းဆိုင်ရာ အနှစ်ချုပ် <input type="checkbox"/> ရောဂါရှာဖွေခြင်း။ <input type="checkbox"/> ရောဂါရာဇဝင်နှင့် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများ <input type="checkbox"/> ဓာတ်ခွဲခန်း <input type="checkbox"/> ဆေးဝါးများ <input type="checkbox"/> ရောဂါတိုးတက်မှု မှတ်စုများ <input type="checkbox"/> စိတ်ရောဂါရာဇဝင်နှင့် ကုသမှု | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> အရွယ်ရောက်ပြီးသော တစ်ဦးချင်းစီ၏ မှတ်ပုံတင်ခြင်းနှင့် ကလေးသူငယ်အလွဲသုံးစားမှုနှင့် လျစ်လျူရှုမှုဗဟိုမှ ဖော်ပြပေးနိုင်ပါသည်။ <input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အကျိုးဖြစ်ထွန်းမှုနှင့် ကုသခြင်း။ <input type="checkbox"/> လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း <input type="checkbox"/> ဓါတ်မှန်ရိုက်ခြင်း နှင့် အခြားရောဂါရှာဖွေရေးပုံရိပ်ဖော်ရလဒ်များ <input type="checkbox"/> အရက်နှင့်/သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးအလွဲသုံးစွဲမှုဆိုင်ရာ ကုသမှု <input type="checkbox"/> မျိုးရိုးဗီဇစစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက် <input type="checkbox"/> HIV/AIDS အချက်အလက် <input type="checkbox"/> တံစဉ်ဆဲလ် သွေးအားနည်းရောဂါ <input type="checkbox"/> အခြား (တိတိကျကျဖော်ပြရန်)။ |
|---|--|

ဤခွင့်ပြုချက် (စာဖြင့်ရေးသားခြင်းအား အစောပိုင်းတွင် ရုပ်သိမ်းခြင်းမရှိပါက) သည် (ဖြည့်စွက်ရမည့်ရက်စွဲ သို့မဟုတ် ဖြစ်ရပ်ရှိရမည်) တွင် ရပ်စဲရပါမည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ထုတ်ပြန်မည့်အချက်အလက်များတွင် အကျိုးခံစားခွင့် သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်အပါအဝင် ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေဖြင့် အကာအကွယ်ပေးထားသည့် အကြောင်းအရာများ ပါဝင်နိုင်သည်ကို

ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပြီး ဆေးဝါး/အရက်၊ HIV၊ သို့မဟုတ် တံစဉ်ဆဲလ်သွေးအားနည်းရောဂါဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည့် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ လက်မှတ်သည် ဤအချက်အလက်အားလုံးကို ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်။ လက်ရှိ DHHS ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအလေ့အကျင့်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက် (ဆိုပါက DHHS) နှင့်အညီ စာဖြင့်ရေးသားတောင်းဆိုမှုအား တင်ပြခြင်းဖြင့် ဤခွင့်ပြုချက်အား အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းခံရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ သို့မဟုတ်ပါက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းထံသို့ စာဖြင့်တောင်းဆိုမှုတင်ပြခြင်းဖြင့်သော်လည်းကောင်း၊ ထုတ်ပြန်ပြီးသော အချက်အလက်များမှ လွဲ၍ လက်ခံရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။ သတင်းအချက်အလက်လက်ခံရရှိသူသည် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူမဟုတ်ပါက အချက်အလက်များအား ကိုယ်ရေးကိုယ်တာဥပဒေများဖြင့် အကာအကွယ်ပေးမည်မဟုတ်ကြောင်းလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

တင်ပြသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် (ရရှိနိုင်ပါက)	ရက်စွဲ

လက်ခံသူဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

ဤအချက်အလက်များကို ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေများဖြင့် အကာအကွယ်ပေးထားသည့် လျှို့ဝှက်ကာကွယ်ထားသည့် မှတ်တမ်းများ (ဖက်ဒရယ်စည်းမျဉ်းများ၊ 38 CFR 1.460-1.499၊ 42 CFR အပိုင်း 2 နှင့် အပိုင်း 431၊ အပိုင်းခွဲ F) တို့မှ သင့်အား ထုတ်ဖော်လိုက်ပါပြီး ၎င်းနှင့်သက်ဆိုင်သော သို့မဟုတ် အခြားနည်းဥပဒေများဖြင့် ခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်း ၎င်းနှင့်သက်ဆိုင်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်၏ သီးခြားစာဖြင့် ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ၎င်းကို ထပ်မံထုတ်ဖော်ခြင်းမပြုရန် သင့်အား တားမြစ်ထားပါသည်။

ဖက်ဒရယ်စည်းမျဉ်းများသည် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာစုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်း သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲသူအား တရားစွဲရန် အချက်အလက်အသုံးပြုမှုအတွက် ကန့်သတ်ထားပါသည်။ ဤရည်ရွယ်ချက်အတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အခြားအချက်အလက်များ ထုတ်ပြန်ခြင်းအတွက် ယေဘုယျခွင့်ပြုချက်သည် မလုံလောက်ပါ။

☑ အောက်ဖော်ပြပါ တာဝန်ဝတ္တရားများကို ဖြည့်ဆည်းရန် ပျက်ကွက်ခြင်းသည် အိမ်နှင့် လူမှုရပ်ဝန်း အခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ရန်ပုံငွေကို ငြင်းပယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရပ်စဲခြင်း ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

မိမိနှင့် သက်ဆိုင်သော အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ အသိပေးစာ

ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို တောင်းခံသူတစ်ဦးအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ အောက်ပါအခွင့်အရေးများရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်-

- ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုခု၊ ရပ်စဲမှု တစ်ခုခု၊ သို့မဟုတ် ယခင်ကလုပ်ပိုင်ခွင့်ပြုထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အပြောင်းအလဲပြုလုပ်ရန် စာဖြင့်အကြောင်းကြားစာ လက်ခံရရှိပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။
- ဆုံးဖြတ်ချက် သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်ချက်တစ်ခုခုကို စာဖြင့် အယူခံတင်သွင်းခွင့်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ အယူခံဝင်မှုအပေါ် တရားမျှတစွာ ကြားနာခွင့်ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုခုကို ၎င်းအား အသိပေးသည့်နေ့မှ ရက်ပေါင်း ၉၀ အတွင်း အယူခံဝင်ရမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

မိမိနှင့် သက်ဆိုင်သော ဝတ္တရားများ အသိပေးခြင်း။

ရန်ပုံငွေခွဲဝေချထားသောအခါတွင်၊ ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတာဝန်များကို နားလည်သဘောတူပါသည်။

- SSI၊ SSA၊ Nebraska Medicaid နှင့် Home & Community Based ရန်ပုံငွေဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများ အပါအဝင် ကျွန်ုပ်ရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်သည့် ခံစားခွင့်များအားလုံးကို ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပြီး လက်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်ရရှိနိုင်သော အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်သော အကျိုးခံစားခွင့်များအားလုံးအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထိန်းသိမ်းထားရန် အရေးယူဆောင်ရွက်မှုများအား သဘောတူပါသည်။
- တာဝန်ဝတ္တရားအကြောင်း အကြောင်းကြားမှုရရှိပြီးအခါတွင် ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ Medicaid စရိတ်ဝေစု၏ ပမာဏကို ကျွန်ုပ်၏ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကို လစဉ်ပေးချေရပါမည်။
- ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့ထားသော ဝန်ဆောင်မှုများ မစတင်မီ၊ နှစ်စဉ် သို့မဟုတ် တောင်းဆိုထားသည့်အတိုင်း လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ဖြည့်စွက်ပြီး တင်ပြရပါမည်။ ၎င်းတွင် အကျိုးခံစားခွင့်နှင့် အရင်းအမြစ်အချက်အလက် သို့မဟုတ် ရပ်ရွာအခြေပြု မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်ပေးဆောင်နိုင်မှုအား ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏အခွန်ပြန်အမ်း မိတ္တူ ပါဝင်မည်ဖြစ်ပါသည်။
- စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ နှစ်စဉ်ဆေးစစ်ခြင်းနှင့် သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ခြင်း(များ)အပြင် ရည်မှန်းချက်အကဲဖြတ်ခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်တို့ ပါဝင်ပြီး ၎င်းတို့အပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိန်းသိမ်းထားရန် လိုအပ်သော အကဲဖြတ်မှု သို့မဟုတ် အကဲဖြတ်မှုများတွင် ကျွန်ုပ်ပါဝင်ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ လျှောက်လွှာနှင့်မှတ်တမ်းများကို DD

အက်ပလီကေးရှင်းသို့ပေးပို့ပါ။

ဖွံ့ဖြိုးမှုမသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ ဌာနခွဲ

Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန 301 Centennial

Mall South

စာတိုက်ပုံးနံပါတ် 98947

Lincoln, NE 68509-8947

သို့မဟုတ် ဖက်စ်: (402) 328-6243

သို့မဟုတ် အီး-ဖက်စ်- DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

သို့မဟုတ် အီးမေးလ် DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD အက်ပလီကေးရှင်း (AD/TBI)

ဖွံ့ဖြိုးမှုမသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ ဌာနခွဲ

Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန 301 Centennial

Mall South

စာတိုက်ပုံးနံပါတ် 98947

Lincoln, NE 68509-8947

သို့မဟုတ် ဖက်စ်: (402) 328-6257

သို့မဟုတ် အီးမေးလ်: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov