



Application for Sliding-Fee Discount and Homeless Healthcare Program

Phone: (802) 264-8124

Fax: (802) 860-4311

www.chcb.org

<p>1. Applicant</p> <p>Name (Last) _____ (First) _____ (MI) _____</p> <p>Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____</p> <p>Phone Number _____ Date of Birth _____ SS# _____</p> <p>Single _____ Married _____ Divorced _____ Separated _____ Widowed _____</p>																									
<p>2. Household Members (<i>Spouse/Dependent Children/Relatives</i>)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Name</th> <th style="width: 30%;">Relationship</th> <th style="width: 20%;">Birth Date</th> <th style="width: 30%;">Social Security #</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Name	Relationship	Birth Date	Social Security #	1. _____				2. _____				3. _____				4. _____				5. _____			
Name	Relationship	Birth Date	Social Security #																						
1. _____																									
2. _____																									
3. _____																									
4. _____																									
5. _____																									
<p>3. Are you a College/University student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Can you be claimed as a dependent on someone else's tax return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(If yes, additional income verification is required)</i></p> <p>Are you in the United States on a non-immigrant visa such as, student, tourist or governmental delegation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, please describe: _____</p> <p>Where are you staying? _____</p> <p>How long will you be staying there? _____</p> <p>Are you aware of homeless services in our community? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																									
<p>4. Total Family Income (Anyone on your income tax return)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 60%;">Income Calculation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Household Members</td> <td>Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>From Sections 1 & 2 _____</td> <td>Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>Total Annual Income \$ _____</td> <td>(Specify type) _____</td> </tr> </tbody> </table>			Income Calculation	Total Household Members	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____	From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____		Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____	Total Annual Income \$ _____	(Specify type) _____														
	Income Calculation																								
Total Household Members	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____																								
From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____																								
	Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____																								
Total Annual Income \$ _____	(Specify type) _____																								
<p>5. Insurance</p> <p>Do you or your spouse have dental insurance coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>Do you or your spouse have health insurance benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>If yes, is it a Vermont Health Connect Policy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Insured - Insurance Provider:</p> <p><input type="checkbox"/> Uninsured</p> <p><input type="checkbox"/> Filled out State Insurance Application (Green Mountain Care)</p> <p><input type="checkbox"/> Application pending/Called GMC with patient to check application status</p>																									

Do you have a medical and dental provider?

Yes Medical Provider Name: _____

No Medical Provider

Yes Dental Provider Name: _____

No Dental Provider

Are you interested receiving information about any of the following community services?

Medical

Dental

Counseling

Food Shelf

Housing

Would you like us to connect you with services today? Yes No

6. Signature

By signing below I give permission to the Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) to share this document and any attachments thereto with University of Vermont Medical Center (UVMCC) for the purposes of enrollment in its sliding fee schedule. I understand this sharing of information may decrease any out-of-pocket cost to me for services ordered at CHCB but performed at UVMCC (e.g. laboratory testing). I also understand that I may revoke this permission if CHCB has not yet acted in reliance on it by writing 'do not share with UVMCC next to my signature and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHCB or UVMCC.

To the best of my knowledge, the above information is true and correct. I agree to inform the Center of any changes in my employment, financial status or housing. If the above information proves to be incorrect, I understand that the discount provided to me will be terminated. (I also give permission for the Health Center staff to contact my employer or any other source to verify income.)

It is expected that all patients will be forthright and honest about their medical coverage and financial information. Intentional omission or falsification of identity, financial, or demographic information is fraud and may result in dismissal from the practice for up to one year. In the event of falsification, the patient will be responsible for the full payment of services.

Signature of Applicant

Date

FOR CENTER USE ONLY

Auth. Initials _____ Slide Level _____ Approval/Denial Date _____ Renewal Date _____

Revised 12.6.17 CRD

Burmese



ဝင်ငွေအခြေခံ ဈေးနှုန်းလျော့ခြင်းနှင့် အိမ်ယာမဲ့သူများ
ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်အတွက် လျှောက်ထားလွှာ

ဖုန်း- (802) 264-8124

ဖက်စ်- (802) 860-4311

www.chcb.org

1. လျှောက်ထားသူ
 အမည် (နောက်ဆုံး) _____ (အစ) _____ (အလယ်) _____
 လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုန် _____
 ဖုန်းနံပါတ် _____ မွေးနေ့ _____ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် # _____
 လူလွတ် _____ အိမ်ထောင်ရှိ _____ ကွာရှင်း _____ သီးခြားခွဲနေ _____ ဇနီးခင်ပွန်းကွယ်လွန် _____

2. အိမ်ထောင်စုဝင်များ (ဇနီးခင်ပွန်း/မိခင်/ဘဝလေး/ဆွေမျိုး)

အမည်	တော်စပ်ပုံ	မွေးနေ့	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် #
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

3. သင်သည် တက္ကသိုလ်/ကောလိပ် ကျောင်းသားဖြစ်ပါသလား? ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
 သင့်ကို တစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်ထမ်းလွှာအပေါ်တွင် မှီခိုဖြစ်သည်ဟု သတ်မှတ်နိုင်ပါသလား? ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
 (ဟုတ်သည် ဆိုပါက ဝင်ငွေအထောက်အထား ဖော်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်)
 သင်သည် ကျောင်းသား၊ အလည်အပတ်ခရီးသွား သို့မဟုတ် အစိုးရကိစ္စ စသည့် အခြေချနေထိုင်သူမဟုတ်သော ဗီဇဖြင့် အမေရိကန်တွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား?
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
 သင်သည် အိမ်ယာမဲ့ ဖြစ်ပါသလား? ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
 ဟုတ်သည် ဆိုပါက ပြောပြပါ- _____
 သင်ဘယ်မှာ နေထိုင်ပါသနည်း? _____
 ထိုနေရာတွင် မည်မျှကြာအောင် နေမည်နည်း? _____
 ကျွန်ုပ်တို့ဝန်းကျင်ရှိ အိမ်ယာမဲ့များအတွက် ဝန်ဆောင်မှုကို သင်သိပါသလား? သိသည် မသိပါ

4. စုစုပေါင်း မိသားစုဝင်ငွေ (သင်၏ အခွန်ထမ်းလွှာတွင် ပါဝင်သော မည်သူမဆို)
 စုစုပေါင်း အိမ်ထောင်စုဝင် အပိုင်း 1 & 2 မှ _____
 စုစုပေါင်း တစ်နှစ်ဝင်ငွေ \$ _____

ဝင်ငွေတွက်ချက်ခြင်း	
လုပ်အားခ/လစာ	\$ _____ ကာလ _____ = \$ _____
ကိုယ်ပိုင်အလုပ်	\$ _____ ကာလ _____ = \$ _____
အလုပ်မလုပ်	\$ _____ ကာလ _____ = \$ _____
(အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ)	_____

5. အာမခံ
 သင် သို့မဟုတ် သင့်ဇနီးခင်ပွန်းတွင် သွားကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိပါသလား? ရှိသည် မရှိပါ ကုမ္ပဏီ _____
 သင် သို့မဟုတ် သင့်ဇနီးခင်ပွန်းတွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိပါသလား? ရှိသည် မရှိပါ ကုမ္ပဏီ _____
 ရှိသည် ဆိုပါက ၎င်းသည် Vermont Health Connect မူဝါဒ ဟုတ်ပါသလား? ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
 အာမခံထား - အာမခံပေးသည့်အဖွဲ့
 အာမခံမထား
 ပြည်နယ်အာမခံလျှောက်လွှာကို ဖြည့်ထားသည် (Green Mountain Care)
 လျှောက်လွှာမကျသေး/GMC သို့ ခေါ်ဆိုပြီး လျှောက်ထားမှုအခြေအနေ မေးမြန်း

သင့်တွင် ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် သွားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသူ ရှိပါသလား?

- ရှိပါသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ အမည်- _____
- ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ မရှိပါ
- ရှိပါသည် သွားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ အမည်- _____
- သွားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ မရှိပါ

အောက်ပါ လူမှုဝန်ဆောင်မှုများ၏ သတင်းအချက်အလက်များကို သိရှိလိုပါသလား?

- ကျန်းမာရေး
- သွားကျန်းမာရေး
- တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခြင်း
- အစားအသောက်
- အိမ်ယာ

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့မှ ယနေ့ သင့်အား ဆက်သွယ်မှု ပြုစေလိုပါသလား? ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

6. လက်မှတ်

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဘာလင်တန် လူမှုကျန်းမာရေးစင်တာများ (Community Health Centers of Burlington, Inc - CHCB) အား ဝင်ငွေအခြေခံ ဈေးနှုန်းလျော့ချခြင်း အစီအစဉ်အတွက် ယခုလျှောက်လွှာနှင့် ပူးတွဲပါတို့အား ဗားမောင့်တက္ကသိုလ် ကျန်းမာရေးဌာန (University of Vermont Medical Center - UVMCC) နှင့် မျှဝေခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ယခုကဲ့သို့ အချက်အလက် မျှဝေခြင်းကြောင့် CHCB မှ စေခိုင်းပြီး UVMCC တွင် လုပ်ဆောင်ရသော ဝန်ဆောင်မှုများ (ဥပမာ- ဓာတ်ခွဲခန်းစမ်းသပ်ခြင်း) အတွက် စိုက်ထုတ်သုံးစွဲငွေကို လျော့စေနိုင်သည်ဟု နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင် CHCB မှ မလုပ်ဆောင်ရသေးပါက 'UVMCC နှင့် မျှဝေခြင်းမပြုပါနှင့်' ဟု စာရေးသားပြီး လက်မှတ်ထိုးကာ ယခုခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းပါမည်။ ယခုလျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းသည် CHCB သို့မဟုတ် UVMCC တွင် ကုသမှုခံယူရခြင်း မဟုတ်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

အထက်ပါ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်မှု ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်၊ ငွေကြေးအခြေအနေ သို့မဟုတ် အိမ်ယာ အခြေအနေ ပြောင်းလဲမှုရှိပါက ဌာနသို့ အကြောင်းကြားရန် သဘောတူပါသည်။ အထက်ပါ အချက်အလက်များသည် မမှန်ကန်ဟု တွေ့ရှိရပါက ကျွန်ုပ်အတွက် လျှော့စေမှုများကို ရုပ်ဆိုင်းမည်ကို နားလည်ပါသည်။ (ကျန်းမာရေးဌာန ဝန်ထမ်းများမှ ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အခြားအရင်းမြစ်များကို ဆက်သွယ်ပြီး ဝင်ငွေမှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုမှုရယူရန်ကို ခွင့်ပြုပါသည်။)

လူနာတိုင်းသည် သူတို့၏ ကျန်းမာရေးအာမခံနှင့် ငွေကြေးအချက်အလက်များကို မှန်ကန်ဖြောင့်မတ်စွာ တင်ပြရန် မျှော်လင့်ပါသည်။ အမှတ်အသား၊ ငွေကြေး သို့မဟုတ် နေထိုင်မှု အချက်အလက်များကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချန်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှားယွင်းဖော်ပြခြင်းကို လိမ်ညာမှုအဖြစ် သတ်မှတ်ပြီး အစီအစဉ်မှ တစ်နှစ်အထိ ထုတ်ပယ်ခံရနိုင်ပါသည်။ မှားယွင်းဖော်ပြမှု ဖြစ်ပေါ်ပါက လူနာသည် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အပြည့်အဝ ငွေပေးချေရပါမည်။

လျှောက်ထားသူလက်မှတ် နေ့စွဲ

ဌာနတွင်း အသုံးပြုရန်သာ
တာဝန်ခံအမည် _____ ဈေးနှုန်းလျော့သည့်ပမာဏ _____ အတည်ပြု/ငြင်းပယ် နေ့စွဲ _____ အသစ်ပြန်လည်သတ်မှတ် နေ့စွဲ _____

ပြန်လည်ပြင်ဆင်တည်းဖြတ် 12.6.17 CRD