



Children's Mercy ငွေကြေး

ထောက်ပံ့ရေး လျှောက်လွှာ

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းနှင့် မပတ်သက်ပါ

8241-072B 03/18 (Translated 3/18)

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီရမည့် အဓိက သတ်မှတ်ချက်အချို့မှာ -

1. Kansas သို့မဟုတ် Missouri ပြည်နယ်တစ်ခုခုတွင်နေထိုင်သူ ဖြစ်ရမည်။
2. သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေမှာ ဗဟိုအစိုးရ ဆင်းရဲမွဲတေမှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များ၏ 300% နှင့်အောက်ဖြစ်ရမည် (မိသားစုဦးရေ အလိုက် ချိန်ညှိထားပါသည်။)
3. အခြားပရိုဂရမ်အားလုံးမှ ရင်းမြစ်များအားလုံးကို အသုံးပြုပြီးသားဖြစ်ရမည် (Medicaid အပါအဝင်။)
4. လျှောက်လွှာဖြည့်ပြီးရုံနှင့် လျော့စျေးရရှိသွားမည်မဟုတ်ပါ။

သင်လုပ်ဆောင်ရမည့်အရာမှာ -

- ဤလျှောက်လွှာကိုဖြည့်စွက်ပြီး စာမျက်နှာ 2 ပါလုပ်ဆောင်ရမည့်စာရင်းတွင်ရေးသားထားသည့် အခြားစာရွက်စာတမ်းများနှင့်တကွ ဘဏ္ဍာရေး အတိုင်ပင်ခံပုဂ္ဂိုလ်ထံသို့ ဤဖောင်ကိုပြန်အပ်နံပါ။
- သင့်လျှောက်လွှာကို ဆောင်ရွက်ရန် 3 ပတ်အထိ အချိန်ပေးပါ။

*ပေးချေမှု အစီအစဉ်များကို ဆွေးနွေးရန်၊ မိဘ ဘဏ္ဍာရေးဝန်ဆောင်မှုထံသို့ 816-701-5100 သို့မဟုတ် အခမဲ့လိုင်း 866-572-0157*ကိုဆက်သွယ်ပါ။

| | |
|--|--|
| • ဖြည့်စွက်ပြီးသည့် လျှောက်လွှာကို ပေးပို့ရန်လိပ်စာမှာ | Children's Mercy Hospital Attn: Financial Counseling Department 2401 Gillham Rd Kansas City, MO 64108 |
|--|--|

ဖက်စ်: (816)302-9907 ဖက်စ်ဖြင့်ပေးပို့ရန်အတွက် ဤစာမျက်နှာကို သင်မျက်နှာဖုံးစာရွက်အဖြစ်အသုံးပြုပြီး အောက်ပါတို့ကိုရေးချပါ -

| | | |
|----------|-------------|---------------------|
| သင့်အမည် | သင့်ဖုန်း # | # စာမျက်နှာအရေအတွက် |
|----------|-------------|---------------------|

သင့်လျှောက်လွှာကိုဆောင်ရွက်ရန် အောက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့အတွက် ထည့်သွင်းပေးရမည် -

- တာဝန်ရှိသူအတွက် ဓါတ်ပုံပါသည့် မှတ်ပုံတင်ကတ် (ယာဉ်မောင်းလိုင်စင်သို့မဟုတ် ပြည်နယ်မှတ်ပုံတင်ကတ်)
- လက်ရှိလိပ်စာ ပါသည့် နေထိုင်ရပ် အတည်ပြုချက် (လတ်တလော ရေဖိုးမီးဖိုး ဆောင်ထားသည့် ဖြတ်ပိုင်း၊ ပြည်နယ် ID၊ အခွန် စည်းကြပ်သည့် ဝင်ငွေစာရင်း၊ လစာငွေဖြတ်ပိုင်း)
- လတ်တလောအဖြစ်ဆုံးဝင်ငွေခွန်စည်းကြပ်သည့်စာရင်း
- နောက်ဆုံး ဥပဒေအတွက် လစာငွေဖြတ်ပိုင်းမိတ္တူ သို့မဟုတ် ကုမ္ပဏီစာခေါင်းပါသည့် လုပ်အားခစာရင်းရှင်းတမ်း၊ ဝန်ထမ်း(များ)မှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည်
- ဝင်ငွေတစ်ခုမျှမရှိသည့် မိသားစုအတွက်၊ စားဝတ်နေရေးပံ့ပိုးပေးသူအကြောင်း ဖော်ပြချက်ကို ရက်စွဲတပ်ပြီးလက်မှတ်ရေးထားထားသည့် စာ
- US နိုင်ငံသားမဟုတ်သူများအတွက်၊ မှတ်ပုံတင်စာရွက်စာတမ်းများ (မွေးစာရင်း၊ဗီဇာ၊အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့်ကတ်)
- လက်ရှိဝင်ငွေခွန်စည်းကြပ်သည့်စာရင်းမဟုတ်သည့် အခြားဝင်ငွေတစ်ခုခုမှတ်တမ်းတင်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်း

နောက်ထပ်မေးခွန်းများသို့မဟုတ် အချက်အလက်များရယူရန် -

- အီးမေးလ်- admfc@cmh.edu
- ဖုန်း - 816-234-3567
- အွန်လိုင်းတွင်အချက်အလက်ရယူရန် <http://www.childrensmercy.org/financialcounseling/> သို့မဟုတ်
- မိမိတို့ရုံးခန်းတစ်ခုခုတွင် ဘဏ္ဍာရေးအတိုင်ပင်ခံပုဂ္ဂိုလ်နှင့်တွေ့ဆုံရန် (တန့်လာနေ့မှ -သောကြာနေ့အထိ၊ နံနက် 9 နာရီမှ ညနေ 5 အထိ)-

Children's Mercy, Adele Hall Campus
2401 Gillham Rd, Kansas City, MO 64108

Children's Mercy Hospital Kansas
5808 W 110th, Overland Park, KS 66211

Children's Mercy Clinics on Broadway
3101 Broadway Blvd, Kansas City, MO 64111

ငွေကြေးထောက်ပံ့ရေး လျှောက်လွှာ

ယနေ့ ရက်စွဲ - ____/____/____
 လ ရက် ခုနှစ်

တာဝန်ရှိသည့် ပုဂ္ဂိုလ် -

“တာဝန်ရှိသည့် ပုဂ္ဂိုလ်” သည် Children's Mercy မှ ဝန်ဆောင်ပေးထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေကြေးအရတာဝန်ရှိသည့် လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည်။

| | | | |
|--|---------------------------|--|------------------|
| မျိုးရိုးအမည် | ပထမအမည် | MI | SSN |
| လူနာ(များ)နှင့်ဆွေးမျိုးတော်စပ်ပုံ (____)_____ | အိမ်လိပ်စာ (____)_____ | မြို့ | ပြည်နယ် Zip |
| အဓိကဖုန်း | တဆင့်ခံဖုန်း | အလုပ်ရှင် ____/____/____ | |
| အလုပ်အကိုင် | | အလုပ်လုပ်သည့်နှစ်ကာလ မွေးနေ့ရက်စွဲ | |
| အိမ်ထောင်စုရှိအခြားတာဝန်ရှိသည့်ပုဂ္ဂိုလ် (သက်ဆိုင်လျှင်) - | | <input type="checkbox"/> ပထွေး/မိထွေးဖြစ်ပါသလား။ | |

| | | | |
|---|-------------|---|-----|
| မျိုးရိုးအမည် | ပထမအမည် | MI | SSN |
| အလုပ်ရှင် | အလုပ်အကိုင် | အလုပ်လုပ်သည့်နှစ်ကာလ မွေးနေ့ရက်စွဲ | |
| သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မိသားစုဝင်တိုင်းကို အောက်တွင်စာရင်းသွင်းပါ (တာဝန်ရှိသည့် ပုဂ္ဂိုလ်(များ)အပါအဝင်) | | | |

| မျိုးရိုးအမည် | ပထမအမည် | မွေးနေ့ရက်စွဲ - | လူနာ(များ)နှင့်ဆွေး : မျိုးတော်စပ်ပုံ - | အာမခံစီမံချက် အမည် | US နိုင်ငံသား ဟုတ်ပါသလား။ Yes/No |
|---------------|---------|-----------------|--|--------------------|--|
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |

အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ :

"အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ" သည် တာဝန်ရှိသူနှင့် တာဝန်ရှိသူ၏ ဗဟိုအစိုး/ ဝင်ငွေစည်း ကြပ်ခွန် စာရင်းတွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီ၏ ဝင်ငွေအချက်အလက်တို့ဖြစ်သည်။

| စာရင်း | လစဉ် ပမာဏ | မည်သူ၏ ဝင်ငွေဖြစ်ပါသနည်း။ |
|--|-----------------|---------------------------|
| _____ လစာနှင့်လုပ်အားခ | \$ _____ | _____ |
| _____ အလုပ်လက်ခွဲ ထောက်ပံ့ကြေး | \$ _____ | _____ |
| _____ အလုပ်သမား လစာ | \$ _____ | _____ |
| _____ Social Security နှင့်/သို့ ဖြည့်စွက်ပေးသည့် လူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေ | \$ _____ | _____ |
| _____ ပြည်သူ့ထောက်ပံ့ကြေး ပေးချေမှုများ | \$ _____ | _____ |
| _____ စစ်ပြန်အကျိုးခံစားခွင့်(သို့) အသက်ရှင်ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့် | \$ _____ | _____ |
| _____ ပင်စင်သို့မဟုတ် အငြိမ်းစားလစာ | \$ _____ | _____ |
| _____ မယားစရိတ်သို့မဟုတ် ကလေးထောက်ပံ့ကြေး | \$ _____ | _____ |
| _____ အတိုးရှယ်ယာအမြတ်ငွေ၊ အိမ်ငှားခ၊ မူပိုင်ခ | \$ _____ | _____ |
| _____ Estates သို့ Trusts မှဝင်ငွေ | \$ _____ | _____ |
| _____ ပညာရေးဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့ကြေး | \$ _____ | _____ |
| _____ အခြားဝင်ငွေ | \$ _____ | _____ |
| စုစုပေါင်း လစဉ်ဝင်ငွေ - | \$ _____ | |

အိမ်ထောင်စု ပိုင်ဆိုင်မှု -

"အိမ်ထောင်စု ပိုင်ဆိုင်မှု" တွင် တာဝန်ရှိသူမှ အဆင်ပြေစွာရရှိနိုင်သည့် ငွေကြေးအကြောင်းအချက်အလက်နှင့် တာဝန်ရှိသူ၏ ဗဟိုအစိုး/ ဝင်ငွေစည်း ကြပ်ခွန် စာရင်းတွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီ၏ ဝင်ငွေအချက်အလက်တို့ပါဝင်သည်။ အငြိမ်းစား ဝင်ငွေ၊ မြေ၊ အဆောက်အဦးများ၊ ယာယီများတို့ကို ခြွင်းချန်လုပ်ထားပြီး အောက်ပါစာရင်းတွင် မပါဝင်သင့်ပေ။

| စာရင်း | လက်ရှိစာရင်းလက်ကျန် |
|--|---------------------|
| _____ စာရင်းရှင်အပ်ငွေ | \$ _____ |
| _____ စုငွေ | \$ _____ |
| _____ စတော့နှင့်/သို့ ငွေချေးစာချုပ်များ | \$ _____ |
| _____ တစ်လုံးတစ်ခဲတည်း ရငွေများ | \$ _____ |
| _____ အခြားပိုင်ဆိုင်မှုများ | \$ _____ |
| စုစုပေါင်း လက်ရှိတန်ဖိုး - | \$ _____ |

အခြား ထည့်သွင်းစဉ်းစားချက်များ -

Medicaid ကို သင်လျှောက်ထားပါသလား။ ဟုတ်ကဲ့/မဟုတ်ပါ လျှောက်ထားသည့် ရက်စွဲ- _____ အဖြေ - _____
ဆေးရုံ၌ကုသမှုခံယူရခြင်းမှာ မတော်တဆမှုကြောင့်ဟုတ်ပါသလား။ (စက်ရုံ၊ အလုပ်နှင့်ဆက်စပ်သည်၊ ရာဇဝတ်မှု၊ ရာဇဝတ်သားကောင် ဖြစ်ပါသလား)
ဟုတ်ကဲ့/မဟုတ်ပါ

တာဝန်ရှိသည့် ပုဂ္ဂိုလ် အကြောင်း ရှင်းပြချက်၊ မေတ္တာရပ်ခံချက်၊ နှင့် အပိုဆောင်းအချက်အလက် -

| |
|---|
| <p>သင့်၏ ငွေကြေးပေးချေမှုပြုလုပ်ရာတွင် ငွေရေးကြေးရေး အခက်အခဲ ဝန်ထုပ်ဖြစ်နေသည့် အခြေအနေတစ်ခုခုကို ရှင်းပြရန် ဤ ကဏ္ဍကို အသုံးပြုပါ။ ထောက်ပံ့ကြေးတောင်းခံထားသည့် သင့်လျှောက်လွှာကို စိစစ်ရာတွင် အသုံးဝင်မည်ဟု သင်ထင်မြင်သည့် အခြားအချက်အလက်တစ်ခုခုမဆိုကို ပံ့ပိုးပေးအပ်ပါ။ သင့်လျှောက်လွှာအား အထောက်အပံ့ဖြစ်စေမည့် အပိုဆောင်းစာရွက်စာတမ်း တစ်ခုခုကိုလည်း သင်ပူးတွဲပေးနိုင်ပါသည်။</p> |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ငွေကြေးထောက်ပံ့ရေးကို ကျွန်ုပ်တို့ရရှိလျှင် Children's Mercy ဆေးရုံသည် တတိယအဖွဲ့အစည်း ပေးချေသူတစ်ဦးဦးဖြစ်စေ ကယ်ရီယာတစ်ဦးဦးဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်တို့အကြွေး(များ)ကို ပေးချေလျှင် ယခုလျော့ဈေးအား တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းသော်လည်းကောင်း အပြည့်သော်လည်းကောင်း ပေးချေရေ ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့် ရှိသည့် ကိုယ်ပိုင်အခွင့်အရေး သီးသန့်ထားရှိသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေပြောင်းလဲမှုတစ်ခုခုဖြစ်စေ ဆေးရုံမှငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိသည့် အခြား အချက်တစ်ခုခုဖြစ်ပွားလျှင် ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်း ဆေးရုံသို့ အကြောင်းကြားရန်မှာ မိမိ၏ တာဝန်သာဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာတွင်ဖြည့်စွက်ထားသည့် အချက်အလက်များနှင့်ပူးတွဲထားသော ထောက်ပံ့ပေးသည့် စာရွက်စာတမ်းတို့မှာ ကျွန်ုပ်တို့သိထားသလောက် တိကျစစ်မှန်၍ ပြည့်စုံကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်မှန်ကြောင်း ခံဝန်ချက်ပေးပါသည်။ လိမ်လည်လှည့်ဖြားမှုတစ်ခုခုကိုဆေးရုံမှ သတိပြုသိရှိလာပါက ရရှိထားသော လျော့ဈေးတစ်ခုခုကို ပြန်လည်ရုတ်သိမ်းသွားမည်ဖြစ်ပြီး ကျန်ရှိနေသည့် လက်ကျန်ငွေ(များ)အားလုံးကို ပေးချေရန်မှာမိမိ၏ တာဝန်သာဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ ငွေကြေးထောက်ပံ့ကြေးအတွက် လျှောက်ထားသည့် မိမိ၏လျှောက်လွှာကို စိစစ်ရာတွင် ဆေးရုံမှ အချက်အလက်များကို စုံစမ်းစစ်ဆေးခွင့်ရှိပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကိုဆုံးဖြတ်ရာတွင်လိုအပ်သောမည်သည့်အချက်အလက်မဆိုကို ထုတ်ပေးမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ခွင့်ပြုပါသည်။

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----|
| လူနာ/မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် | ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ | / / |
| လူနာ/မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် | ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ | / / |

| | | |
|--|------------------------|------------------|
| OFFICE USE ONLY | | |
| Percentage of FPL: _____ | Approved/Denied: _____ | Date: _____ |
| Financial Counselor: Printed Name: _____ | | Signature: _____ |

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိကြောင်း အသိပေးချက်

Children's Mercy ဆေးရုံက သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ် အများပြည်သူအခွင့်အရေးများကို လိုက်နာပြီး လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဖြစ်ခြင်း၊ လူမျိုးစွဲ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ သို့မဟုတ် လိင်စသည့် ကွဲပြားမှုတို့အပေါ် မူတည်ပြီးခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုပါ။ Children's Mercy ဆေးရုံသည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဖြစ်ခြင်း၊ လူမျိုးစွဲ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ သို့မဟုတ် လိင်စသည့် ကွဲပြားမှုတို့အပေါ် မူတည်ပြီး လူအများကို ဖယ်ကြည့်ခြင်း သို့မဟုတ် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း မပြုပါ။

Children's Mercy ဆေးရုံက -

- မသန်စွမ်းသူများ ထိထိရောက်ရောက် ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်ရန် ၎င်းတို့အတွက် အောက်ပါ အခွင့်အာဏာအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးပေးသည် -
 - အရည်အသွေးပြည့်ဝသော အသံတိတ်ဘာသာစကား စကားပြန်များ
 - ရေးသားဖော်ပြထားသည့် သတင်းအချက်အလက် (စာလုံးအကြီးဖြင့်ပုံနှိပ်ခြင်း၊ အသံ၊ နားလည်ရန်လွယ်သော အီလက်ထရွန်းနစ် ဖော်မတ်များ၊ အခြားဖော်မတ်များ)
- အခြေခံဘာသာစကားမှာ အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သည့်လူများအား အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော အခွင့်အာဏာစကား ဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးပေးသည် -
 - အရည်အသွေးပြည့်ဝသော ဆေးပညာဆိုင်ရာ စကားပြန်များ
 - အခြားဘာသာစကားဖြင့် ရေးသားထားသော သတင်းအချက်အလက်

အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများကို သင်လိုအပ်ပါက၊ Children's Mercy ဆေးရုံ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ 816-234-3474 မှတ်ဆင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

အစီအစဉ်ဆွဲသည့်အချိန်တွင် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင့်လိုအပ်ချက်ကို ဖော်ပြထားပါက၊ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ သင့်အတွက် ကြိုတင်ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးသွားပါမည်။ မည်သို့ပင်ဆိုစေကာမူ၊ အခြားအခန်းများတွင်လည်း စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများ သင်လိုအပ်ပါက၊ Children's Mercy ဆေးရုံထံသို့ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ဖြင့် ကျေးဇူးပြု၍ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

Children's Mercy ဆေးရုံက အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများပေးရန် ပျက်ကွက်သည် သို့မဟုတ် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဖြစ်ခြင်း၊ လူမျိုးစွဲ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ သို့မဟုတ် လိင်စသည့် ကွဲပြားမှုတို့အပေါ် မူတည်ပြီးခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုသည်ဟု သင်ယူဆပါက မကျေနပ်ချက်အား အောက်ပါအချက်အလက်ဖြင့် တိုင်ကြားနိုင်သည် -

လူနာတိုင်ပင်ဆေးနွေးရေးဌာန
2401 Gillham လမ်း
Kansas မြို့၊ MO 64108
ဖုန်း - 816-234-3119
ဖက်စ် - 816-460-1091
Email: patientadvocate@cmh.edu

မကျေနပ်ချက်အား မေးလ်၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် တိုင်ကြားနိုင်သည်။ မကျေနပ်ချက်တိုင်ကြားရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ လူနာတိုင်ပင်ဆေးနွေးရေးဌာနက သင့်ကိုကူညီရန် အသင့်ရှိနေပါသည်။

အမေရိကန် ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားအချင်းချင်းဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ အများပြည်သူအခွင့်အရေးများအတွက်ရုံးသို့ အများပြည်သူ အခွင့်အရေးများတိုင်ကြားရန်ပေါ်တယ်၊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> တွင် အီလက်ထရွန်းနစ်နည်းအရ သို့မဟုတ် အောက်ပါနံပါတ်သို့ ဖုန်းခေါ်၍ အများပြည်သူအခွင့်အရေး တိုင်ကြားချက်များ တိုင်ကြားနိုင်သည် -

အမေရိကန် ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားအချင်းချင်းဝန်ဆောင်မှုများဌာန
200 Independence Avenue, SW
အခန်း 509F, HHH အဆောက်အအုံ
Washington, D.C. 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

တိုင်ကြားရန်ပုံစံများအား <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> တွင် ရယူနိုင်ပါသည်။