



*ဗားမောင့်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးဌာန*

# ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များ လက်စွဲစာအုပ်



## Attention! If you need help in your language, please call **1-800-250-8427**

انتباه! إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك ، فيرجى الاتصال  
على **1-800-250-8427**

သတိပြုရန်! မိတ်ဆွေသည် သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီ လိုပါက၊  
ကျေးဇူးပြုပြီး 1-800-250-8427 ကိုခေါ်ပါ။

Pažnja! Ako vam je potrebna pomoć na vašem jeziku, pozovite **1-800-250-8427**

توجه! اگر شما نیاز به کمک در زبان خود، لطفا با شماره تلفن 1-800-250-8427

Attention! Si vous avez besoin d'assistance dans votre langue, appelez le **1-800-250-8427**

Nurabe maso! Niba ukeneye ubufasha mu rurimi rwawe, wahamagara kuri **1-800-250-8427**

ध्यान! यदि तपाईंलाई आफ्नो भाषामा मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया **1-800-250-8427** मा कल गर्नुहोस्

پاملرنه! که تاسو په خپله ژبه کې مرستې ته اړتیا لرئ،  
مهرباني وکړئ **1-800-250-8427** ته زنگ ووهئ

Ogow! Haddii aad u baahan tahay in lagugu caawiyo luqaddada, fadlan wac **1-800-250-8427**

¡Atención! Si necesita ayuda en su idioma, por favor llame al **1-800-250-8427**

Muhimu! Kama wahitaji usaidizi kwa lugha yako, tafadhali piga simu **1-800-250-8427**

Uvaha! Yakshcho vam potribna dopomoha vashoyu movoyu, telefonuyte za nomerom **1-800-250-8427**



Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care

ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာ

မေးမြန်လိုသည်များရှိပါက- 1-800-250-8427 (TDD/TTY) 1-888-834-7898 သို့ ခေါ်ဆိုပါ

အခမဲ့ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အခြားပုံစံများကိုလည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။

# မာတိကာ

- [သတိပြုရန်! သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက 1-800-250-8427 သို့ ခေါ်ဆိုပါ](#)..... 2
- [မာတိကာ](#)..... 3
- [သင့် Green Mountain Care အစီအစဉ်မှ ကြိုဆိုပါသည်](#)..... 5
- [အစီအစဉ်အမည်များ](#)..... 5
  - [သင့် Green Mountain Care ကတ်](#)..... 6
- [ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် လွှဲပြောင်းမှုများ](#)..... 6
  - [အခြေခံစောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးသူ \(PCP\)](#)..... 6
  - [ဝန်ဆောင်မှုအချိန်ပြင်ပ စောင့်ရှောက်မှု](#)..... 6
  - [အထူးကုများ](#)..... 6
  - [သင့် Green Mountain Care ကို သင့်ဆရာဝန် လက်မခံပါက](#)..... 6
  - [ပုံမှန်စစ်ဆေးမှုများ](#)..... 7
- [Medicaid နှင့် Dr. Dynasaur](#)..... 7
  - [သင့်အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သည့် အကျုံးဝင်မှုများ \(သင်ရနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ\)](#)..... 7
  - [Medicaid အတွက် ပူးတွဲငွေချေမှုများ](#)..... 8
  - [ပရီမီယမ်များ](#)..... 8
  - [EPSDT](#)..... 9
  - [သင့်အစီအစဉ်တွင် အကျုံးမဝင်သည်များ](#)..... 10
  - [Medicaid နှင့် Dr. Dynasaur အစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူခြင်း](#)..... 10
    - [ချွင်းချက်များ](#)..... 10
    - [ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်](#)..... 10
    - [ခိုင်မာသည့် ဆေးကိရိယာများ \(Durable Medical Equipment, DME\)](#)..... 11
    - [ဆေးဝါးနှင့် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်](#)..... 12
    - [အရေးပေါ်မဟုတ်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကိစ္စအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး](#)..... 12
    - [အရေးပေါ်များ](#)..... 12
- [သင်ပေးရမည့်ဆိုပါက](#)..... 13
  - [ငွေတောင်းလွှာ သင်ရပါက](#)..... 14
  - [သင့်တွင် အခြားအာမခံများ ရှိပါက](#)..... 14
- [သင့်အခွင့်အရေးနှင့် ဝတ္တရားများ](#)..... 14
  - [သင့်တွင် အောက်ပါအခွင့်အရေးများ ရှိသည်](#)..... 14
- [လိမ်လည်မှု၊ လေလွင့်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားပြုမှု - Medicaid ငွေရရန် ခိုးယူခြင်း၊ သို့မဟုတ် လိမ်ညာခြင်း ရှိသလား။](#)..... 15
- [ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာနှင့် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များ](#)..... 15
- [ကိုယ်အင်္ဂါလွှဲဒါန်းခြင်း](#)..... 16
- [သင့်အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ \(PCP\) နှင့် အချက်အလက်များ မျှဝေခြင်း](#)..... 16
- [ကိုယ်ရေးလျှို့ဝှက်မှု ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးများ အသိပေးချက်](#)..... 16
- [အရည်အသွေး အာမခံချက်](#)..... 17



ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုအား သင်သဘောမတူပါက ..... 17

    နစ်နာမှုများ ..... 22

အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။ ..... 22

    Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာ ..... 22

    ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လှုံ့ဆော်ရေးရုံး (Health Care Advocate, HCA) ..... 22

    ထပ်ဆောင်း အချက်အလက် ..... 23

အခြားအစီအစဉ်များ ..... 23

    လူကြီးနေ့ပိုင်း စောင့်ရှောက်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 23

    အနီးကပ်ပြုစုရေး ဝန်ဆောင်မှု အစီအစဉ် ..... 23

    ကလေးသူငယ်များအတွက် ပူးတွဲဝန်ဆောင်မှုများ (Children’s Integrated Services, CIS) ..... 23

    ကလေးသူငယ်များအတွက် ပူးတွဲဝန်ဆောင်မှုများ - စောစီးစွာ ကြားဝင်ဖြေရှင်းရေး (Children’s Integrated Services - Early Intervention, CIS-EI) ..... 23

    ကလေးသူငယ်များ တကိုယ်ရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 24

    အထူးကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်များရှိ ကလေးသူငယ် (Children with Special Health Needs, CSHN) ဆေးခန်းများ ..... 24

    စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရွေးချယ်စရာများ ..... 24

    ဖွံ့ဖြိုးမှု ချို့ယွင်းချက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 24

    ငွေကြေးအထောက်အပံ့ အစီအစဉ် ..... 25

    ပြင်လွယ်ပြောင်းလွယ် မိသားစုရန်ပုံငွေ ..... 25

    နည်းပညာဖြင့် သူနာပြုစောင့်ရှောက်မှု ..... 25

    အိမ်တွင်း ပံ့ပိုးရေးကိစ္စ ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 25

    အထူးဆေးခန်းများ ..... 25

    အထူးဝန်ဆောင်မှုများ ..... 25

    ဗားမောင့်ပြည်နယ် နားအကြားအာရုံဆိုင်ရာ စောစီးစွာ သိရှိရေးနှင့် ဖြေရှင်းရေး အစီအစဉ် ..... 26

    စိတ်ကျန်းမာရေး ..... 26

    လူကြီးပြင်ပလူနာ ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 26

    ကလေး၊ မြီးကောင်ပေါက်နှင့် မိသားစု ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 26

    လူထု ပြန်လည်ထူထောင်ရေးနှင့် ကုသရေး ..... 26

    အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ ..... 26

    ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိခြင်းဆိုင်ရာ အစီအစဉ် ..... 27

    အမျိုးသမီးများ၊ ရင်ခွင်ပိုက် ကလေးငယ်များနှင့် ကလေးများဆိုင်ရာ အစီအစဉ် (Women, Infants, and Children Program, WIC) ..... 27

2024 ခုနှစ်၊ အောက်တိုဘာလ

# သင့် Green Mountain Care အစီအစဉ်မှ ကြိုဆိုပါသည်

ဤလက်စွဲစာအုပ်၏ ပထမပိုင်းတွင် Green Mountain Care အစီအစဉ်များ အားလုံးအတွက် ကိစ္စရပ်များ ပါဝင်ပါသည်။

မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါသလား။ Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 8:00 မှ ညနေ 4:30 အတွင်း ခေါ်ဆိုနိုင်သည် (အားလပ်ရက်များတွင် ပိတ်ပါသည်)။ သင့် Green Mountain Care ကတ်၏ ကျောဘက်တွင်လည်း ဤနံပါတ်ပါရှိပါသည်။

သင့် Green Mountain Care အာမခံကို ရပ်တန့်လိုပါက **1-800-250-8427** သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ **သို့မဟုတ်** ဤလိပ်စာသို့ စာပို့ပါ-

DCF/Economic Services Division  
ADPC  
103 South Main Street  
Waterbury, VT 05671-1500

Green Mountain Care ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် သင်လိုအပ်သည့် အရည်အသွေးကောင်းမွန်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးရပါမည်။ ဆရာဝန်များသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ခြင်း မပြုရပါ။ Green Mountain Care ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိရေး ဖက်ဒရယ် ဥပဒေများကို လိုက်နာရမည်။ ဆိုလိုသည်မှာ သင်မည်သူမည်ဝါဖြစ်သည်ကို အကြောင်းပြု၍ သင့်အား ဆက်ဆံပုံ ကွဲပြားမည် မဟုတ်ပေ။

## အစီအစဉ်အမည်များ

**Medicaid** သည် ကလေးသူငယ်များ၊ မိဘများ၊ စောင့်ရှောက်သူများနှင့် လူကြီးများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံဖြစ်သည်။ Medicaid တွင် အစီအစဉ် လမ်းညွှန်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီသည့် မသန်စွမ်းသူများလည်း အကျုံးဝင်ပါသည်။ ထို့ပြင် အချို့သော စည်းမျဉ်းများနှင့် ကိုက်ညီသည့် ကလေးမရှိသော လူကြီးများလည်း ပါဝင်နိုင်သည်။ အချို့သည် ရေရှည်စောင့်ရှောက်ရေး Medicaid ရယူနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတို့သည် မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် အမှီအခိုကင်းစွာ နေထိုင်နိုင်ရေး ဌာန၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် ကိုက်ညီရမည်။ ၎င်းတို့သည် ဝင်ငွေနှင့် ရင်းမြစ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် စည်းမျဉ်းများနှင့်လည်း ကိုက်ညီရမည်။

**Dr. Dynasaur** သည် ကလေးသူငယ်များ၊ အသက် 19 နှစ်အောက် ဆယ်ကျော်သက်များနှင့် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်များအတွက် စရိတ်နည်း သို့မဟုတ် အခမဲ့ Medicaid အာမခံ ဖြစ်ပါသည်။

## သင့် Green Mountain Care ကတ်

သင့် ID ကတ်ကို သင့်အိမ်သို့ စာတိုက်မှ ပေးပို့သွားမည်။ သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူချိန်တွင် ပြသပေးပါ။ ဤလက်စွဲစာအုပ်ရပြီး တစ်လအတွင်း ID ကတ်အသစ် မရခြင်း၊ သို့မဟုတ် သင့်ကတ်ပျောက်ဆုံးခြင်း ဖြစ်ပါက **1-800-250-8427** သို့ ခေါ်ဆိုပြီး ကတ်အသစ်တောင်းပါ။ သင့်တွင် အခြားကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပါသလား။ သင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား သင့်အာမခံ ID ကတ်နှစ်ကတ်စလုံး ပြသရန် လိုအပ်သည်။

## ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် လွှဲပြောင်းမှုများ

### သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ (PCP)

အခြေခံဆိုသည်မှာ ပထမဦးစွာကို ဆိုလိုသည်။ သင့်အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးသူသည် သင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်လျှင် ပထမဆုံး ဆက်သွယ်ရမည့်သူ ဖြစ်ပါသည်။ ဤလက်စွဲစာအုပ်တွင် ထိုသူကို သင့်ဆရာဝန်ဟု ခေါ်ပါသည်။ ၎င်းတို့သည် သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အများစုကို ပေးပါမည်။ သင့်ဆရာဝန်သည် သင့်လိုအပ်ပါက အထူးကုနှင့် ပြသရန် အတူဆောင်ရွက်ပေးမည်။ အထူးကုသည် စောင့်ရှောက်မှုအမျိုးအစား တစ်မျိုးတည်းပေးသူ ဖြစ်ပါသည်။ ဥပမာ- နှလုံးဆရာဝန်၊ ကျောက်ကပ်ဆရာဝန်။

သင့်ဆရာဝန်မှာ သင့်အတွက် အသစ်ဖြစ်သလား။ သင့်ဆရာဝန်ဟောင်းအား ဆက်သွယ်ပြီး သင့်ဆရာဝန်သစ်ထံ သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများ ပို့ရန်ပြောပါ။ ဆေးမှတ်တမ်း ရောက်မည်ဖြစ်ကြောင်း သင့်ဆရာဝန်အသစ်ထံ ခေါ်ဆိုအသိပေးပါ။ သင့်ဆရာဝန်တွင် သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများရှိရန် အရေးကြီးပါသည်။

### ဝန်ဆောင်မှုအချိန်ပြင်ပ စောင့်ရှောက်မှု

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများအတွက် သင့်ဆရာဝန်နှင့် ပုံမှန်ရုံးချိန်များအတွင်း ပြရန်ကြိုးစားပါ။ သင့်ဆရာဝန်၏ ရုံးပိတ်ချိန်တွင် အလွန်အမင်း ဖျားနာခြင်း သို့မဟုတ် နာကျင်ခြင်းများ ဖြစ်ခဲ့ပါက သင့်ဆရာဝန်ရုံးသို့ ဖုန်းခေါ် ပြီး အကူအညီ သို့မဟုတ် အကြံဉာဏ်တောင်းပါ။

သင့်ဆရာဝန်ရုံးသည် တစ်ရက် 24 နာရီ၊ တစ်ပတ် 7 ရက် ဖုန်းကိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ စာမျက်နှာ 12 မှ **အရေးပေါ်များ**ကိုကြည့်ပြီး နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို လေ့လာနိုင်သည်။

#### အထူးကုများ

အထူးကုသည် အပိုဆောင်းလေ့ကျင့်မှုများ လုပ်ထားပြီးသူ ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့သည် အချို့သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပြဿနာများကို ကုသပေးပါသည်။ ဥပမာ- နှလုံးဆိုင်ရာ ပြဿနာများအတွက် နှလုံးအထူးကု လိုအပ်မည်။ သင့်ဆရာဝန်က သင်ရက်ချိန်းယူရန် ကူညီပေးမည်။ ၎င်းကို **လွှဲပြောင်းခြင်း**ဟု ခေါ်ပါသည်။ အများအားဖြင့် အထူးကုနှင့် မပြုမီသင့်ဆရာဝန်နှင့် ပြရပါမည်။ သင့်ဆရာဝန်က သင်အထူးကုလိုလား ကူညီဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်သည်။ မည်သည့်ဆရာဝန်နှင့် ပြရမည် ကူညီရွေးချယ်ပေးနိုင်သည်။ Medicaid လက်မခံသည့် အထူးကုနှင့် ပြရန်လိုပါက သင့်ဆရာဝန်ထံမှ လွှဲပြောင်းစာ ဦးစွာလိုအပ်မည်။ သို့မဟုတ်ပါက ထိုပြဿနာအတွက် သင်စရိတ်ကျခံရန် လိုအပ်နိုင်သည်။

## သင့်ဆရာဝန်က Green Mountain Care လက်မခံပါက

Green Mountain Care လက်မခံသည့် ဆရာဝန်တစ်ဦးနှင့် သင်ပြနေသလား။ အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ပြီးနောက် ရက် 60 အထိ ထိုဆရာဝန်နှင့် ဆက်ပြနိုင်သည်။ **အောက်ပါအခြေအနေများတွင်သာ** ထိုသို့ဖြစ်နိုင်မည်-

- သင့်တွင် အသက်အန္တရာယ်ဖြစ်စေမည့် နာမကျန်းမှု ရှိပါက **သို့မဟုတ်**
- ပိုဆိုးလာသည်၊ သို့မဟုတ် သင့်အား မသန်မစွမ်းဖြစ်စေမည့် နာမကျန်းမှုတစ်ခု ရှိပါက **သို့မဟုတ်**
- သင့်တွင် ကိုယ်ဝန် 3 လထက်ပိုပြီး ရှိနေပြီး

• ဆရာဝန်က အစီအစဉ်မှ ပေးချေမှုများကို လက်ခံပြီး အစီအစဉ် စည်းမျဉ်းများကို သဘောတူသည်။  
သင့်ဆရာဝန်နှင့် ရက် 60 ဆက်လက်ပြသလိုသလား။ လွှဲပြောင်းခြင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆက်လက်သိလိုသည်များ ရှိပါသလား။  
ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ **1-800-250-8427** တွင် ခေါ်ဆိုပါ။

Green Mountain Care လက်ခံသည့် ဆရာဝန်များကို သိလိုပါသလား။ အွန်လိုင်းမှ [ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ ရှာဖွေမှုစနစ်](#)ကို အသုံးပြုပါ။  
**ကွန်ရက်ပြင်ပ**ဟု ပြထားသည့် ဆရာဝန်များသည် Green Mountain Care အာမခံကို လက်မခံခြင်း ရှိနိုင်ပါသည်။

သင်ပြသည့် မည်သည့်ဆရာဝန်မဆို Green Mountain Care ကို လက်ခံရမည်။ ၎င်းတို့လက်မခံပါက Green Mountain Care မှ ၎င်းတို့အား ပေးချေမည် **မဟုတ်ပါ။** ၎င်းတို့ထံမှ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် သင်စရိတ်ကျခံရမည်။ သင့်တွင် ကုန်ကျစရိတ် အလုံးစုံ သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ပေးချေမည့် အခြားကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပါသလား။ ထိုသို့ရှိပါက သင့်ဆရာဝန်သည် Green Mountain Care နှင့် အခြားကျန်းမာရေးအာမခံ **နှစ်မျိုးစလုံး**ကို လက်ခံရန် လိုအပ်သည်။

### ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid ကွန်ရက်ပြင်ပတွင် စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါက

ကျွန်ုပ်တို့တွင် အထူးကုမျိုးစုံ အပါအဝင် အလွန်ကြီးမားသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ ကွန်ရက်ကြီး ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ကွန်ရက်ကို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်မျိုးစုံအား ကိုင်တွယ်နိုင်ရန် ဒီဇိုင်းဆွဲထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ အချို့ရှားပါးအခြေအနေများတွင် ဤကွန်ရက်သည် အချို့သော အထူးကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပြဿနာများကို ကုသပေးနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတို့ထံမှ မရနိုင်သည့် အထူးပြုစောင့်ရှောက်မှု သင်လိုအပ်သည်ဟု ထင်ပါက သင့် PCP ထံ ဆက်သွယ်ပြီး သင့်လိုအပ်ချက်များအကြောင်း ဆွေးနွေးပါ။ သင့် PCP သည် အောက်ပါအခြေအနေများတွင် ကျွန်ုပ်တို့ကွန်ရက်တွင် မပါသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ စောင့်ရှောက်မှုများ သင်ရယူရန်အတွက် ခွင့်ပြုချက် တောင်းနိုင်သည်။

- သင်လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုသည် ဆေးပညာအရ မဖြစ်မနေ လိုအပ်ပြီး ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid အာမခံတွင် အကျုံးဝင်ရမည်
- သင်ပြလိုသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ သတ်မှတ်ချက်များကို လိုက်နာရမည်
- သင်လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုကို ကျွန်ုပ်တို့ကွန်ရက်တွင် မရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရမည်။

ကွန်ရက်ပြင်ပမှ ရယူခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင့်ထံမှ ပိုမိုတောင်းခံသွားမည် မဟုတ်ပါ။ ကွန်ရက်ပြင်ပ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ခွင့်ပြုချက် လိုအပ်ပါသည်။

### ပုံမှန်စစ်ဆေးမှုများ

ကျန်းမာရေးပြဿနာများ မစတင်မီ တားဆီးခြင်းက ပိုကောင်းပါသည်။  
ပုံမှန်စစ်ဆေးမှုများကြောင့် အကူအညီဖြစ်နိုင်ပါသည်။ မည်မျှကြာလျှင်တစ်ကြိမ် စစ်ဆေးသင့်သည်ကို သင့်ဆရာဝန်ထံ မေးပါ။ သင့်အသက်နှင့် ကျန်းမာရေးအတွက် လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုများအကြောင်း သင့်ဆရာဝန်ထံ မေးမြန်းပါ။



### Medicaid နှင့် Dr. Dynasaur

### မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုများ သင်ရနိုင်မည်နည်း။

သင်သည် ဆရာဝန်နှင့် အထူးကုထံ ပြသမှုများ၊ ဆေးရုံတက် စောင့်ရှောက်မှု၊ ဆေးဝါးနှင့် အခြားဝန်ဆောင်မှုများစွာ ရနိုင်သည်။ သင်ရရှိနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှု အမျိုးအစားနှင့် အတိုင်းအတာတို့နှင့် ပတ်သက်ပြီး စည်းမျဉ်းအချို့ ရှိပါသည်။ အထူးကုထံ ရက်ချိန်းမယူမီ သင့်ဆရာဝန်နှင့် ဦးစွာပြပါ။ သင်ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု လိုအပ်ပါသလား။ သင့်ဆရာဝန်သည် ပေးပို့သူထံမှ ဝန်ဆောင်မှုများသို့ ဆက်သွယ်ပြီး ထိုဝန်ဆောင်မှုသည် သင့်အတွက် အာမခံအကျုံးဝင်ကြောင်း အတည်ပြုရမည်။ အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများမှာ-

- ဆေးရုံမတက်ဘဲ ဆေးရုံတွင် စောင့်ရှောက်မှုခံယူခြင်း - ပြင်ပလူနာဟု ခေါ်သည်

- အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ
- ခွဲစိတ်မှုနှင့် ညအိပ်ဆေးရုံတက်ခြင်း
- မီးဖွားမီနှင့် မီးဖွားပြီးချိန် ကိုယ်ဝန်ဆောင်၊ သားဖွားနှင့် မွေးကင်းစကလေး စောင့်ရှောက်မှု
- စိတ်ကျန်းမာရေး ကုသမှု၊ နှစ်သိမ့်ဆွေးနွေးမှုနှင့် စိတ်ကုထုံးတို့ အပါအဝင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေး/အရက် အလွဲသုံးစားမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ
- ဆေးညွှန်းဆေးဝါးများ
- ပြန်လည်ထူထောင်ရေးနှင့် ထူထောင်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကိရိယာများ - ဒဏ်ရာအနာတရ၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် နာတာရှည် ရောဂါများ ရှိသူများ စွမ်းဆောင်ရည်များ ရရှိရန်၊ သို့မဟုတ် ပြန်ရရန် ကူညီပေးခြင်း
- ဓာတ်ခွဲခန်း ဝန်ဆောင်မှုများ
- သင်ကျန်းမာစေမည့် ကြိုတင်ကာကွယ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ရောဂါများကို စီမံထိန်းချုပ်ရန် ဝန်ဆောင်မှုများ
- သွား၊ အမြင်အာရုံနှင့် နားအကြား ဝန်ဆောင်မှုများ
- ကလေးသူငယ်များအတွက် (ကလေးအထူးကုဆရာဝန်များ) ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဆရာဝန်များနှင့်
- သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး = အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဆေးခန်းပြရန် ပို့ဆောင်မှုများ

စာရင်းတွင်မပါသည့် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင်မေးမြန်းစရာများ ရှိပါသလား။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ **1-800-250-8427** တွင် ခေါ်ဆိုပါ။

### Medicaid အတွက် ပူးတွဲငွေချေမှုများ

- Medicaid အဖွဲ့ဝင်များသည် သွားဆေးခန်းပြတိုင်း \$3 ကျခံရမည်။
- Medicaid အဖွဲ့ဝင်များသည် ဆေးညွှန်းများအတွက် \$1၊ \$2 သို့မဟုတ် \$3 ကျခံရမည်။
- Medicaid အဖွဲ့ဝင်များသည် ပြင်ပလူနာအဖြစ် ဆေးရုံပြတိုင်း ဆေးရုံတိုင်းတွင် \$3 ကျခံရမည်။

ဆေးရုံပြင်ပ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၏ရုံးတွင် ပေးခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုအချို့သည်လည်း ဆေးရုံပြင်ပလူနာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဖြစ်ပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုအား "ဆေးရုံပြင်ပလူနာ ဝန်ဆောင်မှု" အဖြစ် ငွေတောင်းခံခြင်း ဟုတ်မဟုတ် သင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံတွင် မေးပါ။ ဟုတ်ပါက သင့်ပူးတွဲပေး \$3 ဖြစ်သည်။

ကလေးသူငယ် အများစု၊ ကိုယ်ဝန်ရှိသူများ သို့မဟုတ် မီးဖွားပြီး တစ်နှစ်ကြာသူများနှင့် ဘိုးဘွားရိပ်သာမှလူများသည် ပူးတွဲငွေချေမှုအတွက် ပေးရန်မလိုပါ။ ရင်သားနှင့် သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ ကုသမှုအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သူများအနေဖြင့်ပူးတွဲငွေချေမှုအတွက် ပေးရန်မလိုပါ။

အောက်ပါအခြေအနေများတွင် သင်ပူးတွဲငွေချေမှုအတွက် ပေးရန်မလိုပါ-

- ကြိုတင်ကာကွယ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
- မိသားစု စီမံကိန်း ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ထောက်ပံ့ပစ္စည်းများ
- အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ
- လိင်ပိုင်း စော်ကားမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ

### ပရီမီယံကြေး ပေးချေမှုများ

အချို့ Dr. Dynasaur အဖွဲ့ဝင်များသည် လစဉ်ပရီမီယံကြေး ပေးချေရန် လိုအပ်နိုင်သည်။ ပေးချေမှုပမာဏသည် မိသားစုဝင်ငွေ၊ မိသားစုဝင် အရေအတွက်နှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံတို့အပေါ် မူတည်သည်။ သင့်ပထမဆုံး ငွေတောင်းလွှာကို ရရှိချိန်တွင် သင့်အာမခံ စတင်နိုင်ရန်အတွက် ထိုငွေတောင်းလွှာကို ချက်ချင်းပေးချေပါ။ သင့်အာမခံ မဆုံးရှုံးစေရန် အချိန်မီ ပုံမှန်ပေးချေပါ။ သင့်ငွေတောင်းလွှာ ပျောက်ဆုံးသွားပါက **1-800-250-8427** ဖြင့် ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ ဖုန်းခေါ်ပါ။ ၎င်းတို့က သင်မည်မျှပေးရန်ရှိသည်နှင့် မည်သို့ပေးချေရမည်ကို ပြောပြပေးနိုင်သည်။



## EPSDT ဆိုသည်မှာ အဘယ်နည်း။

EPSDT သည် အသက် 21 နှစ်အောက် ကလေးနှင့် လူငယ်များအတွက် Medicaid နှင့် Dr.Dynasaur ဖြစ်ပါသည်။ ကလေးသူငယ်များ တတ်နိုင်သမျှ ကျန်းမာစေရန် ဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။ **EPSDT** သည် စောစီးစွာ အချိန်မှန် စစ်ဆေး၍ ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ် ကုသခြင်း (Early Periodic Screening Diagnostic Treatment) ဖြစ်သည်။ ၎င်းသည်-

- မွေးကင်းစမှစပြီး ပြဿနာများကို စောစီးစွာ ရှာဖွေပေးရမည်
- ပုံမှန်သတ်မှတ်ထားသည့် အချိန်များတွင် စစ်ဆေးရန် ဆရာဝန်ပြဿနာများ ထည့်သွင်းပေးရမည်
- စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများသုံး၍ ပြဿနာများကို ရှာဖွေပေးရမည်
- ပြဿနာများ တွေ့ရှိပါက နောက်ဆက်တွဲ စစ်ဆေးမှုများ လုပ်ဆောင်ပြီး
- တွေ့ရှိရသည့် ကျန်းမာရေးပြဿနာ မှန်သမျှကို ကုသပေးရမည်

## EPSDT အလုပ်လုပ်ပုံ

EPSDT သည် ပြည်ထောင်စု ဖက်ဒရယ်ဥပဒေတစ်ရပ် ဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင် ပြည်နယ်သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုမှန်သမျှအတွက် **မဖြစ်မနေ** ပေးချေရမည်ဟု ဖော်ပြထားသည်။ **ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့်** ဆိုသည်မှာ ၎င်းသည် သက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးပြဿနာအတွက် ဖြစ်သည်ဟု ဆိုလိုသည်။ **ပြီးလျှင်** ပြဿနာကို ဖြေရှင်းရန် ဆရာဝန်များ လုပ်ဆောင်ရမည်ကို ဆိုလိုသည်။ ၎င်းတွင် လူကြီးများအတွက် Medicaid အာမခံပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများထက်ပိုပြီး ပေးချေထားသည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ကန့်သတ်ချက် မရှိပါ။ အချို့ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်မရရှိမီ ခွင့်ပြုပေးရန် လိုအပ်သည်။ ၎င်းကို ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ဟု ခေါ်သည်။

## EPSDT တွင် အောက်ပါတို့ အကျုံးဝင်သည်

- ပုံမှန်စစ်ဆေးမှုများ
- ကလေး သို့မဟုတ် လူငယ် ကြီးထွားဖွံ့ဖြိုးပုံနှင့် သင်ယူပုံကို စစ်ဆေးမှုများ
- ထိုးဆေးများ
- မျက်စိစစ်ဆေးမှုများ
- အကြားအာရုံ စစ်ဆေးမှုများ
- ခဲအဆိပ် စစ်ဆေးမှုများ
- သွားဆရာဝန် ပြဿနာများ
- နှစ်သိမ့်ဆွေးနွေးခြင်း
- သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး

## မည်မျှကြာလျှင်တစ်ကြိမ် ကလေး စစ်ဆေးခံရမည်နည်း။

ကလေးသူငယ်များနှင့် လူငယ်များ နှစ်စဉ်နှစ်တိုင်း ခံယူရမည့် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုစာရင်းတစ်ခု ရှိပါသည်။ သွားဘက်ဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများအတွက် အခြားစာရင်းတစ်ခုလည်း ရှိပါသည်။ [အသေးစိတ် EPSDT အချက်အလက်များနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များကို မျက်ခြေပြတ်မခံပါနှင့်။](#)

## EPSDT သည် အောက်ပါတို့အတွက် စရိတ်ကျခံမည် မဟုတ်ပါ-

- ပြည်ထောင်စု Medicaid ဥပဒေများတွင် မပါသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းများ (လူမှုစုလုံခြုံရေး အက်ဥပဒေ၏ အခန်း 1905(a))။
- ဘေးမကင်းသည့် သို့မဟုတ် မထိရောက်သည့် စမ်းသပ်ဆဲ စောင့်ရှောက်မှု။

- ဈေးသက်သာသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းများဖြင့် အလုပ်ဖြစ်သည်ဆိုပါက ဈေးကြီးသည့် ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ပစ္စည်းများက ပုံမှန်အလုပ်တွင် အလုပ်ဖြစ်သည်။
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မဟုတ်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ။

နောက်ထပ်သိလိုသည်များ ရှိပါက [ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid အဖွဲ့ဝင်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် စာမျက်နှာ](#) သို့ဝင်ပါ သို့မဟုတ် **1-800-250-8427** သို့ ဖုန်းခေါ်ပါ။

### သင့်အစီအစဉ်တွင် အကျုံးမဝင်သည်များ

- အလုပ်သမား၏ လျော်ကြေးအရ ပါဝင်သည့် အလုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အနာတရများ
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ခြင်းမရှိသည့် တရားရုံးမှ အမိန့်အရ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ
- ယခင်အသုံးပြုခဲ့ခြင်း မရှိဘူးသည့် သို့မဟုတ် စမ်းသပ်ဆဲဖြစ်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ
- သင့်ရုပ်ရည် ပိုကြည့်ကောင်းစေရန် ဝန်ဆောင်မှုများ (အလှအပ ဝန်ဆောင်မှုများ)
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ခြင်းမရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ
- အပ်စိုက်ကု၊ လက်နှိပ်ကု သို့မဟုတ် အနှိပ်ကုထုံး
- သင်ကိုယ်ဝန်ရစေရန် ကူညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများ (သန္ဓေအောင်စေရန် ကုသမှု)
- ကျန်းမာရေးကလပ် အဖွဲ့ဝင်ခြင်းများနှင့်
- နိုင်ငံခြားတွင် စောင့်ရှောက်မှု

### Medicaid နှင့် Dr.Dynasaur အစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူခြင်း

#### ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုကို Medicaid ဖြင့် အာမခံထားခြင်း မရှိပါက

အသက် 21 နှစ်အောက် မည်သူ့အတွက်မဆို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်သည့် ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးသည် EPSDT အရ အကျုံးဝင်သည်။ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုကို အသက် 21 နှစ်နှင့်အထက် လူကြီးများအတွက် Medicaid အရ အာမခံထားခြင်း မရှိပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ သင့်အတွက် ထိုဝန်ဆောင်မှုအား ကျွန်ုပ်တို့ အာမခံပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ၎င်းကို **ချွင်းချက်**ဟု ခေါ်သည်။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာက သင့်ကိုကူညီပြီး တောင်းဆိုပေးနိုင်သည်။ သင်နှင့် သင့်ဆရာဝန်က ဝန်ဆောင်မှုအကြောင်းနှင့် အဘယ်ကြောင့် သင်လိုအပ်ရကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးရမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ရက် 30 ခန့်အတွင်း သင့်ထံ စာဖြင့်အကြောင်းပြန်မည်။

နောက်ထပ် သိလိုသည်များ ရှိသလား သို့မဟုတ် ချွင်းချက်တောင်းလိုသလား။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ **1-800-250-8427** တွင် ခေါ်ဆိုပါ။ ပုံစံဖောင်းများ [အဖွဲ့ဝင်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များမှ အာမခံချွင်းချက်စာမျက်နှာ](#) တွင် ရှိသည်။

#### ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်

အချို့ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဆေးဝါးများကို သင်မရမီ ခွင့်ပြုပေးရန် လိုအပ်သည်။ ၎င်းကို **ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်**ဟု ခေါ်သည်။ သင့်ဆရာဝန်များသည် အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ဆေးဝါးများအကြောင်း သိမည်။ ၎င်းတို့က သင့်အတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုသဘောတူညီချက် တောင်းပေးမည်။

ကျွန်ုပ်တို့လိုအပ်သည့် အချက်အလက်အားလုံး စုံပါက ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်အတွက် 3 ရက်အတွင်း ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။ သင်နှင့် သင့်ဆရာဝန်တို့ထံ ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း စာဖြင့်အသိပေးသွားမည်။ အရေးပေါ် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် **မလိုအပ်ပါ။**

# ခိုင်မာသည့် ဆေးကိရိယာများ (Durable Medical Equipment, DME)

ခိုင်မာသည့် ဆေးကိရိယာများသည် သင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ရောဂါနှင့် နေထိုင်ရသည့်ဘဝ ပိုမိုလွယ်ကူစေမည့် ပစ္စည်းများ ဖြစ်သည်။ ဥပမာများမှာဘီးတပ်ကုလားထိုင်နှင့် ဆေးရုံတင်များ ဖြစ်သည်။

## ခိုင်မာသည့် ဆေးကိရိယာ မည်သို့ရယူနိုင်မည်နည်း။

### 1. သင့်ဆရာဝန်က သင့်အားစစ်ဆေးရန် လူလွတ်ပေးမည်။

- ထိုစစ်ဆေးမှုဖြင့် သင့်အတွက်လိုအပ်သည့် ကိရိယာကို သတ်မှတ်ပေးမည်။ ၎င်းကို ဆန်းစစ်ချက်ဟု ခေါ်သည်။ ဆန်းစစ်ချက်အများစုကို ခန္ဓာကိုယ် သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင် ကုထုံးပညာရှင်များမှ လုပ်ဆောင်ပေးသည်။ ၎င်းတို့က သင့်နှင့်တွေ့ရန် ရက်ချိန်းယူပေးမည်။ ၎င်းတို့အလုပ်ရှုပ်လွန်းလျှင် သင်စောင့်ဆိုင်းရနိုင်သည်။ ထိုကိရိယာကို ဦးစွာစမ်းသပ်ကြည့်ရန် လိုအပ်ပါက သင်စောင့်ဆိုင်းရနိုင်သည်။
- မှတ်ချက်- သင်လိုသည့် ကိရိယာမှာ ရိုးရှင်းသလား။ သင့်ဆရာဝန်မှ သင့်အတွက် ဆန်းစစ်ချက် မလိုကြောင်း ပြောနိုင်သည်။ မလိုပါက အဆင့် 2 သို့ သွားပါ။
- ၎င်းတို့က သင့်ဆရာဝန်ထံ ဖောင်ပုံစံတစ်ခု ပေးပို့မည်။ ၎င်းတွင် သင်လိုအပ်သည့် ကိရိယာအမျိုးအစားကို ဖော်ပြထားသည်။

### 2. သင့်ဆရာဝန်က ဆေးညွှန်းရေးပေးမည်။

- သင့်ဆရာဝန်သည် ဆန်းစစ်ချက်ပုံစံဖောင်တွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး ဆေးညွှန်းတစ်ခု ရေးပေးမည်။ သင့်ဆေးညွှန်းကို ပစ္စည်းရှိသော ခိုင်မာသည့် ဆေးကိရိယာ ကုမ္ပဏီသို့ ပို့ပေးမည်။

### 3. ခိုင်မာသည့် ဆေးကိရိယာ ကုမ္ပဏီသည် Medicaid မှ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် တောင်းယူသွားမည်။

ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် မလိုပါက အဆင့် 5 သို့ ကျော်သွားပါ။

- သင် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် လိုသလား။ DME ကုမ္ပဏီသည် သင်နှင့် သင်လိုသည့် DME အကြောင်း Medicaid သို့ အသိပေးသွားမည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် ဆိုသည်မှာ ထိုကိရိယာကို သင်မရမီ Medicaid မှ ခွင့်ပြုပေးရမည်ကို ဆိုလိုခြင်းဖြစ်သည်။
- သုံးသပ်သူတစ်ဦးက သင့်အချက်အလက်ကို စစ်ဆေးပေးမည်။ သင့်တွင် ထိုကိရိယာအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်ရှိမရှိ ၎င်းတို့ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။
- သုံးသပ်သူက နောက်ထပ်အချက်အလက်များ လိုအပ်ပါက Medicaid သည် DME ကုမ္ပဏီထံမှ တောင်းသွားမည်။ Medicaid သည် ကနဦး တောင်းဆိုချိန်မှစပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ချရန် 14 ရက် အချိန်ရသည်။

### 4. Medicaid က ၎င်းတို့ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း သင့်ကိုအသိပေးမည်

- Medicaid သည် သင်၊ သင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် DME ကုမ္ပဏီတို့ထံ စာတစ်စောင်ပို့မည်။ ထိုစာကို ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း အသိပေးစာဟု ခေါ်သည်။ ဗားမောင့်ပြည်နယ်တွင် ဗားမောင့်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးဌာန (Department of Vermont Health Access, DVHA) က Medicaid ကို စီမံဆောင်ရွက်နေသည်။ ဤစာများသည် DVHA ထံမှဖြစ်သည်။

### 5. DME ကုမ္ပဏီက သင့်အတွက် ကိရိယာထုတ်ပေးမည်

Medicaid မှ ခွင့်ပြုလျှင် DME ကုမ္ပဏီသည် သင့်အတွက် ကိရိယာ ထုတ်ပေးမည် သို့မဟုတ် မှာပေးမည်။

Medicaid မှ ခွင့်မပြုပါက ထိုဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် အယူခံဝင်နိုင်သည်။ အယူခံဝင်ရန် ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ **1-800-250-8427**

ဖြင့် ဆက်သွယ်ပါ။ **အယူခံ**သည် သင့်ဖြစ်စဉ်ကို ပြန်ကြည့်ပေးရန် တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်သည်။ Medicaid သည် ဗားမောင့်ပြည်နယ် DME တောင်းဆိုမှုများကို လျင်မြန်စွာ အတည်ပြုပေးနိုင်ရန် ကြိုးပမ်းဆောင်ရွက်နေပါသည်။ အစိတ်အပိုင်းများသည် ဘီးတပ်ကုလားထိုင်များအတွက် 9 ရက်ခန့် ကြာနိုင်ပါသည်။ ထိုကြာချိန်သည် Medicaid စည်းမျဉ်းများအရ လိုအပ်သည်ထက် ပိုမြန်ပါသည်။ အခြားပြည်နယ်များစွာထက်လည်း ပိုမြန်ပါသည်။ ရိုးရှင်းသည့် ကိရိယာများအတွက် ထိုအချိန် ပို၍မြန်ပါသည်။ သင့်တွင် Medicare နှင့်အတူ Medicare၊ သို့မဟုတ် အခြားအာမခံအစီအစဉ်တစ်ခု ရှိသလား။ ထိုသို့ရှိပါက ပိုကြာနိုင်ပါသည်။

### ဆေးဝါးနှင့် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်

Green Mountain Care သည် ဆရာဝန်များကို ရွေးချယ်ထားသည့် ဆေးဝါးများစာရင်းမှ ဆေးများကို ညွှန်းပေးရန် တောင်းဆိုထားပါသည်။ ထိုသို့ညွှန်းခြင်းဖြင့် ကုန်ကျစရိတ် သက်သာစေပါသည်။ အချို့မှာ ပိုမိုဈေးသက်သာပြီး အများသုံး/ပါဝင်ပစ္စည်းတူ ဆေးဝါးများ ဖြစ်သည်။ ၎င်းတို့သည် ဈေးကြီးသည့် ဆေးအမှတ်တံဆိပ်များနှင့်တန်းတူ အာနိသင်ရှိပါသည်။ ဆရာဝန်နှင့် ဆေးဝါးဆိုင်များသည် သင့်အတွက် အလုပ်ဖြစ်သည့် ဈေးအနည်းဆုံး ဆေးဝါးများကို ပေးရမည်။ သင်သည် အများသုံး/ပါဝင်ပစ္စည်းတူ ဆေးဝါးတို့ကို ငြင်းပြီး နာမည်ကြီး အမှတ်တံဆိပ် လိုချင်ပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ နာမည်ကြီး အမှတ်တံဆိပ်ဆေးဝါးအတွက် သင်ကုန်ရသည့် ပေးချေရနိုင်ပါသည်။

အချို့ဆေးဝါးများကို သင့်အတွက် ရက် 90 စာသာ ထုတ်ပေးနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတို့တွင် သွေးပေါင်တက်ခြင်း၊ ကိုလက်စထရောနှင့် ဆီးချိုအတွက် ဆေးဝါးများ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ ဆေးဝါးကို ပထမဆုံးအကြိမ် သင်စမ်းသောက်ချိန်တွင် ထုတ်ပေးသည့်ပမာဏ နည်းနိုင်ပါသည်။ ထိုပမာဏဖြင့် သင်နှင့် သင့်ဆရာဝန် ထိုဆေးနှင့် သင်အဆင်ပြေသလား ဆုံးဖြတ်နိုင်ပါသည်။ ပြီးလျှင် ရက် 90 စာ ဆေးထုတ်ပေးပါမည်။

သင့်ဆရာဝန်က သင်နာမည်ကြီး အမှတ်တံဆိပ် ဆေးဝါးတစ်မျိုး လိုအပ်သည်ဟု ထင်ပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ သို့မဟုတ် သင့်အတွက် ရက် 90 စာ မလိုဟု ထင်ပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ ထိုဆေးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့မှ ပေးချေရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်အတွက် ဦးစားပေး ဆေးဝါးစာရင်း မိတ္တူတစ်စောင် လိုချင်ပါသလား။ **သို့မဟုတ်** ရက် 90 စာ ထုတ်ပေးမည့် ဆေးဝါးစာရင်း လိုချင်ပါသလား။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [ဦးစားပေး ဆေးဝါးစာရင်း](#)ကို အွန်လိုင်းတွင်ကြည့်ပါ။

### အရေးပေါ်မဟုတ်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကိစ္စအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး

သယ်ယူပို့ဆောင်မှု မသုံးနိုင်ဘဲ အများသုံး ဘတ်စ်ကားလမ်းကြောင်းပေါ်တွင် နေထိုင်ခြင်းမရှိသည့် Medicaid အဖွဲ့ဝင်များအတွက် အရေးပေါ်မဟုတ်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြသမှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများသို့ ပို့ဆောင်မှုများ အသင့်ရှိပါသည်။ Medicaid တွင် ပါဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံ ပြသခြင်းဖြစ်ပြီး Medicaid သို့ ငွေတောင်းလွှာပို့ခြင်း ဖြစ်ရမည်။ ဆေးညွှန်းများ ထုတ်ယူရန် သွားလာမှုများလည်း ပါဝင်ပါသည်။

သုံးနိုင်သည့် သယ်ယူပို့ဆောင်မှု နမူနာများတွင် မှတ်ပုံတင်ထားသည့်၊ အာမခံထားသည့် ယာဉ်တစ်စီး ပိုင်ဆိုင်ခြင်း၊ သွေးရင်းမိသားစုဝင်များ မော်တော်ယာဉ် ပိုင်ဆိုင်ခြင်း၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်းပိုင် ယာဉ်များကို စီးနင်းခြင်းနှင့် အလွယ်တကူ ရယူနိုင်သည့် အများသုံး သယ်ယူပို့ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။

မေးမြန်းလိုသည်များ နှင့်/သို့မဟုတ် ပို့ဆောင်ပေးရန် ရက်ချိန်းယူလိုပါက ဗားမောင့်ပြည်နယ် အများပြည်သူ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးအသင်းသို့ **1-833-387-7200** ဖြင့် ကျေးဇူးပြု၍ ဆက်သွယ်ပါ။

### အရေးပေါ်များ

အရေးပေါ်ဆိုသည်မှာ ချက်ချင်းဆေးကုသမှု မခံယူပါက သင့်ကျန်းမာရေး၊ သို့မဟုတ် ဘဝအပေါ်ပြင်းထန်စွာ ခြိမ်းခြောက်နိုင်သည်ဟု သင်ယုံကြည်သော ရုတ်တရက်နှင့် မမျှော်လင့်သည့် နာမကျန်းမှု၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေ သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေး အခြေအနေကို ဆိုလိုပါသည်။ DVHA သည် အရေးပေါ်ဟု သင်ယူဆချက်အပေါ် အစိတ်စွယ်ဖြင့်ဆိုခြင်း သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ခြင်း မရှိပါ။ နမူနာအချို့အဖြစ် ပြထားခြင်း ဖြစ်သော်လည်း အရေးပေါ်အားလုံးကို ဤစာရင်းတွင် ပြသနိုင်မည် မဟုတ်ပါ-

- ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း

- အရိုးကျိုးခြင်း
- တက်ခြင်း
- သွေးအလွန်အမင်းထွက်ခြင်း
- ပြင်းထန်စွာ မီးလောင်ခြင်း
- ပြင်းထန်စွာ နာကျင်ခြင်း
- စိတ်ကျန်းမာရေး အကျပ်အတည်း

သင့်အား အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု ရယူရန် ညွှန်ကြားခံရလျှင် DVHA မှ ကန့်သတ်မည်မဟုတ်ပါ။ အရေးပေါ် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် တည်ငြိမ်ပြီးနောက် ဝန်ဆောင်မှုများကို အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများအတွက် တစ်ရက်လျှင် 24 နာရီ၊ တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက် အသင့်ရှိပါသည်။

အရေးပေါ်အခြေအနေ ငြိမ်သွားပြီးနောက် သင့်ကျန်းမာရေး တည်ငြိမ်စေရန်အတွက် အရေးပေါ် ပြီးနောက် ဝန်ဆောင်မှုများလည်း အာမခံတွင် ပါဝင်ပါသည်။

ချုပ်ရိုးများ၊ ခွဲစိတ်မှု၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားကုသမှုများ ကဲ့သို့သော အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများလည်း အာမခံတွင် ပါဝင်ပါသည်။

သင့်တွင် အရေးပေါ်အခြေအနေတစ်ခု ရှိပါက ချက်ချင်း 911 သို့ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု ရယူရန် အနီးဆုံး အရေးပေါ်ခန်း၊ သို့မဟုတ် ဆေးရုံကိုသွားပါ။ အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် သင့် PCP ထံမှ လွှဲစာမလိုပါ။ သင့် PCP ကို ထိုဖြစ်စဉ်အကြောင်း တတ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံး အသိပေးပါ။

Green Mountain Care ကွန်ရက်ပြင်ပသို့ ခရီးသွားစဉ် အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါက 911 သို့ခေါ်ပါ သို့မဟုတ် အနီးဆုံး အရေးပေါ်ဌာနသို့ ချက်ချင်းသွားပါ။ Green Mountain Care သည် အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် စရိတ်ကျခံ တာဝန်ယူပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု ပေးပြီးနောက် သင့်ကျန်းမာရေး တည်ငြိမ်စေရန် လိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုအတွက်လည်း ပေးချေရန် တာဝန်ရှိပါသည်။

သင်လုပ်နိုင်သည်နှင့်ချက်ချင်း ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ 1-800-250-8427 ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြီး သင့်အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ထံ အသိပေးပါ။ သင့်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေတောင်းလွှာ လက်ခံရရှိလျှင်လည်း ဤဖုန်းနံပါတ်ကို ဆက်သွယ်ပေးပါ။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့်အတူ သင့်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ပေးချေရန် လိုအပ်သည့် ပြဌာန်းချက်များကို လိုက်နာဆောင်ရွက်မည်။

## သင်ပေးရမည်ဆိုပါက

အစီအစဉ် စည်းမျဉ်းများကို သင်မလိုက်နာပါက ထိုဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်ကိုယ်တိုင် ပေးချေနိုင်ပါသည်။ **ယခုလိုဖြစ်ပါက** ထိုသို့ပေးချေနိုင်သည်-

- ဝန်ဆောင်မှုမရမီ လွှဲစာ သို့မဟုတ် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် လိုအပ်ပြီး ထိုခွင့်ပြုချက် မရခဲ့ပါက၊ **သို့မဟုတ်**
- Green Mountain Care လက်မခံသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံ သင်သွားပါက၊ **သို့မဟုတ်**
- သင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူက ထိုဝန်ဆောင်မှု အာမခံတွင်မပါကြောင်း အသိပေးသော်လည်း ထိုဝန်ဆောင်မှုကို သင်ယူခဲ့ပါက။

သင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား သင် Green Mountain Care တွင် ပါဝင်ကြောင်း ပြောဖို့ မမေ့ပါနဲ့။ ၎င်းတို့ သင့်အာမခံ လက်မခံလျှင် သင့်အားအသိပေးမည်။

သင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာများ မယူလိုဘူးလား။ သင့်အစီအစဉ် စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာပါ။



Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care

ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာ

မေးမြန်လိုသည်များရှိပါက- 1-800-250-8427 (TDD/TTY) 1-888-834-7898 သို့ ခေါ်ဆိုပါ

အခမဲ့ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အခြားပုံစံများကိုလည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။

# ငွေတောင်းလွှာ သင်ရပါက

- ငွေတောင်းလွှာကို ချက်ချင်းဖွင့်ပါ။
- ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံ ဖုန်းခေါ် ပြီး သင် Green Mountain Care တွင် ပါဝင်ကြောင်း သေချာအသိပေးပါ။ ပြီးလျှင်
- ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ 1-800-250-8427 ဖြင့် ခေါ်ဆို၍ အကူအညီတောင်းပါ။
- **ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ မဆက်သွယ်ရသေးမီ ငွေတောင်းခံလွှာအား ပေးချေခြင်းမပြုပါနှင့်။** Green Mountain Care သည် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများကိုသာ ပေးချေနိုင်သည်။ သင်ပေးချေခဲ့ပါက ကျွန်ုပ်တို့က သင့်အတွက် ငွေပြန်အမ်းနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။

# သင့်တွင် အခြားအာမခံများ ရှိပါက

သင့်တွင်အခြားအာမခံ ရှိပါက ၎င်းတို့၏ စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာပါ။ သင့်အာမခံအစီအစဉ်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သည့် ဆရာဝန်များနှင့် ပြုပါ။ သင့်ဆရာဝန်က အခြားအာမခံကို ဦးစွာ ငွေတောင်းလွှာပို့ရမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်သည် သင့်အခြားအာမခံဖြင့် စရိတ်မခံနိုင်သည်များကို ကူညီပေးချေနိုင်သည်။

# သင့်အခွင့်အရေးနှင့် ဝတ္တရားများ

သင့်တွင် အောက်ပါအခွင့်အရေးများ ရှိသည်

- ယဉ်ကျေးစွာ ဆက်ဆံခံရခွင့်၊
- ဂရုတစိုက် ဆက်ဆံခံရခွင့်၊
- သင့်ဆရာဝန်/ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ ရွေးချယ်ခွင့်နှင့်ပြီး ပြောင်းလဲခွင့်၊
- သင့်အစီအစဉ် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဆရာဝန်/ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအကြောင်း အချက်အလက်များ ရယူခွင့်၊
- သင့်ကျန်းမာရေးအကြောင်း သင်နားလည်သည့် စကားလုံးများဖြင့် ပြောပြသည်ကို ကြားနာခွင့်၊
- သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအကြောင်း ဆုံးဖြတ်ခွင့်၊ သင့်မေးမြန်းမှုများအား ဖြေဆိုမှုကို ရယူခွင့်နှင့် ကုသမှုကို ငြင်းဆန်ခွင့်၊
- သင့်ဆေးမှတ်တမ်း မိတ္တူတောင်းဆိုပြီး ရယူခွင့်ရှိသည်။ သတင်းအချက်အလက်များ မှားယွင်းနေပါက ပြောင်းလဲရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။
- ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားသည့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော ဆရာဝန်/ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ ထံမှ အခြားသောအမြင် ရယူခွင့်၊
- အစီအစဉ် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သင့်ပုဂ္ဂိုလ်များအကြောင်း ပြောဆိုခွင့် (စာမျက်နှာ 20 တွင် ကြည့်ပါ)။
- အနိုင်ကျင့်ခြင်း၊ အပြစ်ပေးခြင်းကြောင့်ဖြစ်စေ၊ ပိုမိုလွယ်ကူ၍ဖြစ်စေ သင့်အား ချုပ်နှောင်ထားခြင်း သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းထားခြင်းများ မခံရခွင့်၊
- သင်လိုအပ်သည်ဟု သင်ထင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ ငြင်းပယ်ခံရလျှင် အယူခံတင်ခွင့်။ နောက်ထပ်သိလိုသည်များကို စာမျက်နှာ 19 တွင် ကြည့်နိုင်ပါသည်။

## အောက်ပါအတိုင်း သင့်ကျန်းမာရေးကို ဂရုစိုက်ပါ-

- သင့်နာမကျန်းမှု လက္ခဏာများနှင့် ကျန်းမာရေး ရာဇဝင်အကြောင်း သင့်ဆရာဝန်အား ပြောပြခြင်း၊
- သင်ထပ်သိရန် လိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ၊ တစ်ခုခုကို နားမလည်လျှင်ဖြစ်စေ မေးခွန်းများ မေးမြန်းခြင်း၊
- သင်နှင့် သင့်ဆရာဝန် သဘောတူထားသည့် ကုသမှု အစီအစဉ်များကို လိုက်နာခြင်း၊
- ရက်ချိန်းအတိုင်း သွားရောက်ခြင်း သို့မဟုတ် သင်မသွားနိုင်ပါက ပယ်ဖျက်ရန် ကြိုတင်ဖုန်းခေါ်ခြင်း၊

- ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်အကောင်းဆုံး အသုံးပြုနိုင်ရန် သင့်အစီအစဉ် စည်းမျဉ်းများအကြောင်း သင်ယူခြင်း၊
- အခြားဆရာဝန်များနှင့် မပြမီ သင့်ဆရာဝန်/PCP ထံမှ (လိုအပ်ပါက) လွှဲစာများ သေချာရယူခြင်း၊
- လိုအပ်သလို ပရီမီယံနှင့် ပူးတွဲငွေချေမှုများအတွက် ငွေပေးချေခြင်း၊
- ရက်ချိန်းသို့ မသွားနိုင်လျှင် ရက်ချိန်းကို ပယ်ဖျက်ရန် သို့မဟုတ် ရက်ပြန်ချိန်းရန် ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း

## လိမ်လည်မှု၊ လေလွင့်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားပြုမှု

**Medicaid** ပိုက်ဆံရရန် ခိုးယူနေသူ သို့မဟုတ် လိမ်ညာနေသူ ရှိပါသလား။

အထူးစုံစမ်းရေးယူနစ်သို့ အသိပေးပါ။ ၎င်းတို့ထံ အောက်ပါအတိုင်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

- **ဝက်ဘ်ဆိုက်-** [လိမ်လည်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားပြုမှုအတွက် လွှဲပြောင်းဖော်ပြပုံစံ \(Fraud and Abuse Referral Form\)](#)
- **အီးမေးလ်-** [ReportMedicaidFraud@vermont.gov](mailto:ReportMedicaidFraud@vermont.gov)
- **ဖုန်း-** 802-241-9210
- **ဖက်စ်-** 802-871-3090 (တိုက်ရိုက်ဖက်စ်ပို့ရန်- "DVHA Special Investigations Unit")
- **စာပို့ လိပ်စာ-**

DVHA Special Investigations Unit  
 NOB 1 South, 280 State Drive  
 Waterbury, VT 05671-1010

## ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာနှင့် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များ

**ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာ** ဆိုသည်မှာ ရေးသားထားသည့် မှတ်တမ်းတစ်ခုဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင်-

- သင်မဆုံးဖြတ်နိုင်ပါက သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ မည်သူချမှတ်နိုင်မည်၊
- ထိုပုဂ္ဂိုလ်က မည်သည့်အတိုင်းအတာအထိ ဆုံးဖြတ်နိုင်သည်၊
- သင့်ဆရာဝန်/အခြေခံ စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ မည်သူဖြစ်သည်၊
- မည်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် ကုသမှုများ သင်လိုချင်သည်၊
- သင့်နာရေးကဲ့သို့သော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကိစ္စများကို မည်သို့ကိုင်တွယ်စေလိုသည်၊
- လိုအပ်ပါက မည်သူ့အား သင့်အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်စေချင်သည်၊
- သင့်အတွက် မည်သူ့အား ဆုံးဖြတ်ချက်များ **မချမှတ်စေလိုသည်**၊
- သင်သေဆုံးတော့မည်ဆိုပါက မည်သို့စောင့်ရှောက်မှုအမျိုးအစား လိုချင်သည်တို့ကို ဖော်ပြထားသည်

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။ ၎င်းတို့ကို ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ခိုင်မာသည့် ရှေ့နေအာဏာဟုလည်း ခေါ်သည်။ ၎င်းတို့ကို ဘဝနေဝင်ချိန် စောင့်ရှောက်ရေး စာရွက်စာတမ်းဟု ခေါ်နိုင်သည်။ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာနှင့် ပတ်သက်သည့် ဗားမောင့်ပြည်နယ် ဥပဒေမှာ ဗားမောင့်ပြည်နယ် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် ဥပဒေဖြစ်သည် (ခေါင်းစဉ် 18၊ အခန်း 231)။

သင်သည် အလွန်အမင်း နာမကျန်းဖြစ်ပြီး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်များ မချနိုင်ခြင်း ရှိနိုင်သည်။ အရေးပေါ် **မဟုတ်ပါက** ဆရာဝန်များက သင့်ကိုစောင့်ရှောက်မှု ချက်ချင်းပေးနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ ၎င်းတို့သည် သင့်တွင် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာ ရှိမရှိ ဖော်ထုတ်ရန် ဦးစွာလိုအပ်သည်။ သင့်တွင် ထိုဆန္ဒဖော်ပြစာ ရှိပါက ယင်းစာပါ ညွှန်ကြားချက်များကို ၎င်းတို့လိုက်နာရမည်။ **သို့မဟုတ်** ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ရန် သင်ရွေးချယ်ထားသူ၏ ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာရမည်။

သင့်ဆရာဝန်က သင့်ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာရန် ငြင်းဆိုနိုင်သလား။ ၎င်းတို့၏ ခံယူချက် သို့မဟုတ် ကျင့်ဝတ်အရ မှားယွင်းသည်ဟု ယူဆပါက ငြင်းပယ်နိုင်ပါသည်။ **သို့သော်လည်း** ၎င်းတို့သည်-

- သင့်နှင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များချရန် သင်အမည်ဖော်ပြ ရွေးချယ်ထားသူအား ပြောပြရမည်။
- အဆိုပါ ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာမည့် အခြားဆရာဝန်တစ်ဦး လက်အောက်သို့ သင့်အား ကူညီလွှဲပြောင်းပေးရမည်။
- ဆရာဝန်အသစ် ရှာရသည်အထိ သင့်ကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးရမည်။ ပြီးလျှင်
- သင့်ဆေးမှတ်တမ်းတွင် အောက်ပါတို့ကို ရှင်းပြရမည်-
  - ပြဿနာအကြောင်း
  - ပြဿနာဖြေရှင်းရန် ဆောင်ရွက်မှုများနှင့်
  - ပြဿနာအား ဖြေရှင်းခဲ့ပုံတို့ကို ရှင်းပြထားရမည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူတိုင်း ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာ ဥပဒေကို လိုက်နာရမည်။ ဥပဒေနှင့် ပြဋ္ဌာန်းချက်များကို လိုက်နာစေရန်အတွက် ၎င်းတို့တွင် ကိုယ်ပိုင်စည်းမျဉ်းများ ရှိရမည်။

တစ်ဦးဦးက ဥပဒေကို မလိုက်နာဟု သင်ထင်ပါသလား။ လိုင်စင်နှင့် ကာကွယ်ရေး ဌာနခွဲသို့ **1-800-564-1612** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ **သို့မဟုတ်** [အွန်လိုင်းမှ တိုင်ကြားပါ။](#) **သို့မဟုတ်** ဤလိပ်စာသို့ စာပို့ပါ-

Division of Licensing and Protection  
103 South Main Street, Ladd Hall  
Waterbury, VT 05671

ပြည်နယ်ဥပဒေနှင့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာအကြောင်း သိလိုသည်များ ရှိပါသလား။ ဗားမောင့်ကျင့်ဝတ်ကွန်ရက်သို့ **1-802-828-2909** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ **သို့မဟုတ်** ၎င်းတို့၏ [ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။ ၎င်းတို့တွင် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာ ရေးသားရန် ဖောင်ပုံစံများလည်း ရှိပါသည်။

[ခေါင်းစဉ် 18](#) သည် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ကြိုတင်ဆန္ဒဖော်ပြစာအတွက် ဗားမောင့်ပြည်နယ် ဥပဒေ ဖြစ်ပါသည်။ ထပ်မံသိလိုသည်များ ရှိပါသလား။ သင့်ဆရာဝန်နှင့် ဆွေးနွေးပါ သို့မဟုတ် ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေး သို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။

## ကိုယ်အင်္ဂါလှူဒါန်းခြင်း

သင်သေဆုံးချိန်တွင် သင့်ကိုယ်အင်္ဂါများကို လှူဒါန်းနိုင်ပါသည်။ အလှူရှင်တစ်ဦးတည်းဖြင့် လူများစွာကို ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ နောက်ထပ်သိလိုသည်များ ရှိပါက **1-888-275-4772** သို့ဖုန်းခေါ် ပြီး အချက်အလက်များ အခမဲ့ ရယူနိုင်ပါသည်။

## သင့်ဆရာဝန်/PCP နှင့် အချက်အလက်များ မျှဝေခြင်း

သင့်ဆရာဝန်အား သင့်အမည်ပါသည့် စာရင်းတစ်ခု ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်ဆရာဝန်မှ သင်လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေရန် ဖြစ်ပါသည်။ အဆိုပါ စာရင်းတို့သည် အောက်ပါတို့အကြောင်း ဖြစ်နိုင်သည်-

- ယခင်နှစ်အတွင်း မျက်စိစစ်ရသေးသည့် ဆီးချိုရောဂါရှိ လူနာများ၊
- လတ်တလော အခွဲယူစစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ရင်သားစစ်ဆေးမှု မလုပ်ရသေးသည့် အမျိုးသမီးများ၊
- ကာကွယ်ဆေး အပြည့်အဝမထိုးရသေးသည့် ကလေးသူငယ်များ၊
- အခြားဆေးဝါးများနှင့် တွဲသုံးပါက ဆိုးရွားသည့် တုံ့ပြန်မှုများ ရှိနိုင်သည့် ဆေးဝါးများ၊ နှင့်
- ပုံမှန်စစ်ဆေးမှုများ အပြည့်အဝမလုပ်ရသေးသည့် ကလေးသူငယ်များ။



Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care

ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာ

မေးမြန်လိုသည်များရှိပါက- **1-800-250-8427** (TDD/TTY) 1-888-834-7898 သို့ ခေါ်ဆိုပါ

အခမဲ့ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အခြားပုံစံများကိုလည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။



# ကိုယ်ရေးလျှို့ဝှက်မှု ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးများ အသိပေးချက်

ကျွန်ုပ်တို့ အစီအစဉ်များ၏ စည်းမျဉ်းများနှင့် သင်ကိုက်ညီကြောင်း အသိပေးစာတစ်စောင် သင်ရရှိမည်။ ၎င်းတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးလျှို့ဝှက်ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးများ အသိပေးချက် မိတ္တူတစ်စောင် ပါရှိပါသည်။ HIPAA အမည်ရ ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်တို့က သင့်အား ယင်းအသိပေးစာ ပေးရမည်ဟု ပြဌာန်းထားပါသည်။ ဤအသိပေးစာတွင် သင့်ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ရပိုင်ခွင့်များအကြောင်း ရှင်းပြထားပါသည်။ ၎င်းတွင် သင့်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပုံ သို့မဟုတ် မျှဝေပုံအကြောင်း ဖော်ပြထားသည်။ ဤအသိပေးစာ နောက်မိတ္တူတစ်စောင် လိုပါသလား။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** တွင် ခေါ်ဆို၍ ကတ်အသစ်တောင်းပါ။ **သို့မဟုတ်** သင်သည် [၎င်းကို အွန်လိုင်းတွင် ကြည့်နိုင်ပါသည်။](#)

သင့်အချက်အလက်များ မပေါက်ကြားစေရန် ထိန်းသိမ်းပေးခြင်းမရှိဟု သင်ခံစားရသလား။ AHS ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံရေးအရာရှိထံ **802-241-2234** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ **သို့မဟုတ်** [ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ဆိုင်ရာ တိုင်ကြားရေး စာမျက်နှာ](#) သို့ သွားပါ။

## အရည်အသွေး မှန်ကန်ရေး အစီအစဉ်

၎င်းသည် အရည်အသွေးမီ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကောင်းမွန်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ သင်ရရှိစေရန် ဆောင်ရွက်ပေးမည့် အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည်။

ထိုသို့သေချာရရှိစေရန် ကျွန်ုပ်တို့ကြည့်မည့် အချက်အချို့တွင်-

- လူနာများ ဆေးဝါးမည်မျှအသုံးပြုသနည်း၊
- အဖွဲ့ဝင်မည်မျှ နာမကျန်းမှုများမှ ကာကွယ်ရန် ပုံမှန်စောင့်ရှောက်မှုများ ရရှိသနည်း၊
- အရေးပေါ်မဟုတ်ချိန်တွင် အရေးပေါ်ခန်းကို အဖွဲ့ဝင်မည်မျှ အသုံးပြုသနည်း၊
- ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာနှင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများ မည်သို့အတူတကွ ဆောင်ရွက်သနည်း၊
- အဖွဲ့ဝင်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများက ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များအပေါ် မည်မျှကျေနပ်သနည်း၊ စသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။

အချို့သော နာတာရှည် ရောဂါများအတွက် ဆရာဝန်များက ကျွန်ုပ်တို့၏ အကောင်းဆုံး အလေ့အထ လမ်းညွှန်ချက်များကို လိုက်နာရန် တောင်းဆိုလိုပါသည်။ ၎င်းတို့သည် သင့်ပိုမိုကျန်းမာစေရန် ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များကို မြှင့်တင်နိုင်သည့်/သင့်အတွက် ပိုမိုကောင်းမွန်စေမည့် နည်းလမ်းများ ရှိပါသလား။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သင့်မှတ်ချက်များသည် ကျွန်ုပ်တို့ အရည်အသွေး သုံးသပ်ချက်တွင် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း ပါဝင်ပါမည်။

## ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့် သင်သဘောမတူလျှင် သင်လုပ်နိုင်သည်များ

သင်အယူခံနိုင်ပါသည်။ သင့်ဖြစ်စဉ်အား အခြားတစ်ဦးမှ ကြည့်ရှုသုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့ အမှားအယွင်းရှိမရှိကို ၎င်းတို့စစ်ဆေးသွားမည်။ လေ့လာနိုင်ရန် ဆက်လက်ဖတ်ရှုပေးပါ။

သင်မည်သည့်အတွက် အယူခံဝင်မည်ကို ဆုံးဖြတ်ပါ။

- ပရီမီယံကြေး ပေးချေမှုအတွက် သင်အယူခံဝင်သလား။
- **သို့မဟုတ်** သင်
  - Medicaid/Dr. Dynasauri
  - VPharm သို့မဟုတ်
  - Medicaid စရိတ်ချွေတာ အစီအစဉ်ကို ရနိုင်မလား သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းနိုင်မလား သိနိုင်ရန် အယူခံဝင်သလား။

**ဟုတ်ပါက** အောက်ဖော်ပြပါ "ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးဝင်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်သဘောမတူပါက" တွင်ကြည့်ပါ။

- Medicaid/Dr.Dynasaur တွင် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုကို အာမခံထားခြင်းမရှိ၍ သင်အယူခံဝင်ခြင်း ဖြစ်သလား။
  - **ဟုတ်ပါက** အောက်ဖော်ပြပါ "သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်၍ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်သဘောမတူပါက" တွင်ကြည့်ပါ။

**ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးဝင်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်သဘောမတူပါက**

**ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာရန် တောင်းဆိုပါ။** သင့်ဖြစ်စဉ်အား လူသား ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့မှ ကြားနာရေး အရာရှိတစ်ဦးမှ ကြားနာပေးသွားမည်။ ၎င်းတို့က ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid ၏ ဆုံးဖြတ်ချက် မှန်ကန်သလား ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။

**ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှု ရယူရန် ရက် 90 အတွင်း သင်တောင်းဆိုနိုင်သည်။** သင့်အားပယ်ချကြောင်း အသိပေးစာတွင်ကြည့်ပါ။ ရက် 90 သည် ထိုစာပါရက်စွဲမှ စတင်မည်။

ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာမှု ရယူရန် တောင်းဆိုနည်း **3 နည်း** ရှိပါသည်-

1. ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် **ခေါ်ဆိုပါ။**
2. **အွန်လိုင်း**ဆိုပါက အင်တာနက်ပေါ်မှ **အယူခံများစာမျက်နှာ**သို့ သွားပါ။ သင့်တွင် VHC အွန်လိုင်းအကောင့် ရှိပါက အယူခံဖောင်ပုံစံ သင့်အကောင့်တွင် ရှိပါသည်။
3. **လိပ်စာသို့ စာပို့ပါ-**  
 လူသား ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့  
 14-16 Baldwin St., 2<sup>nd</sup> Floor  
 Montpelier, VT 05633-4301

စာ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်တွင် သင့်အမည်၊ မွေးနေ့နှင့် ဖုန်းနံပါတ်တို့ ထည့်သွင်းပါ။ သင်အယူခံဝင်သည့် ကိစ္စနှင့် အဘယ်ကြောင့် အယူခံဝင်ရသည်တို့ကို ဖော်ပြပါ။

**ကျွန်ုပ်တို့ သင့် Medicaid/Dr. Dynasaur Vpharm သို့မဟုတ် Medicare စရိတ်ချွေတာ အစီအစဉ်ကို ရပ်တန့်ခဲ့သလား။** ၎င်းတို့ကို သင့်ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာချိန်တွင် ထိန်းသိမ်းထားနိုင်သည်။ ထိုထိန်းသိမ်းမှုကို "အကျိုးခံစားခွင့်များအား ဆက်လက်ရယူခြင်း" ဟု ခေါ်သည်။ အောက်ပါ **သင်အယူခံဝင်ချိန်တွင် ဆေးပေးခန်း အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခြင်း - သင်သိရန်လိုသည့် အခြားအကြောင်းအရာများ**တွင် ကြည့်ပါ။

အသိပေးစာပါ ရက်စွဲမှ 11 ရက်အတွင်း တောင်းဆိုရန်လိုသည်။ **သို့မဟုတ်** အပြောင်းအလဲမစခင် တောင်းဆိုရမည်။ နှစ်ခုမှ **နောက်ကျ**သည့်ရက်စွဲကို နောက်ဆုံးထားရမည်။ ယင်း 11 ရက်တွင် ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid က သင့်အားအသိပေးသည့် ရက်စွဲတွင် စတင်မည်။ ၎င်းသည် စာတိုက်မှပို့သည့် ရက်စွဲဖြစ်သည်။ သင်အယူခံဝင်ချိန်အတွင်း သင့်ပရီမီယံကြေးကို အချိန်မီ ပေးရမည်။ မပေးပါက သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အဆုံးသတ်သွားနိုင်သည်။ သင်အယူခံဝင်ချိန်အတွင်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆက်လက်ရရှိစေရန် **1-800-250-8427** ဖြင့် ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုများသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ **သင့်ပရီမီယံကြေး ပမာဏနှင့် ပတ်သက်ပြီး အယူခံဝင်ခြင်း ဖြစ်သလား။** သင်ပေးရန်ရှိသည်များကို အချိန်မီ ပေးချေရမည်။ မပေးချေပါက သင့်အာမခံ အဆုံးသတ်သွားနိုင်သည်။ သင်ပေးရသည့်ပမာဏ များလွန်းလျှင် ဘာဖြစ်မည်နည်း။ သင့်ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာမှုတွင် သင်အနိုင်ရပါက ပြန်အမ်းပေးပါမည်။

**ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှု သင်တောင်းဆိုလျှင် ဘာဖြစ်မည်နည်း။**

ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid က သင့်ဖြစ်စဉ်ကို နောက်တစ်ကြိမ် ပြန်ကြည့်ပေးမည်။ ထိုသို့ကြည့်ရန် 15 ရက်အထိ ကြာနိုင်သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အယူခံအဖွဲ့ဝင် တစ်ဦးက သင့်အယူခံနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင်နှင့်ဆွေးနွေးသွားမည်။ ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာမှု မလိုဘဲ သင့်ပြဿနာကို ဖြေရှင်းနိုင်သည်လည်း ရှိနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို **မပြောင်းလဲနိုင်ပါက** မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ သို့ဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာမှု လိုချင်ကြောင်း လူမှုရေးရာ ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့သို့ အသိပေးသွားမည်။ ၎င်းအဖွဲ့ထံမှ စာတစ်စောင် သင်လက်ခံရရှိပါမည်။ ကြားနာရေးအရာရှိသည် သင့်ဖြစ်စဉ်အား ဆုံးဖြတ်ပေးမည့်သူ ဖြစ်သည်။ သူတို့က သင့်အဆိုကို ကြားနာရန် အစည်းအဝေးတစ်ခု စီစဉ်ပေးမည်။ ၎င်းတို့က ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid ၏ ဆုံးဖြတ်ချက် မှားယွင်းမှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။ ဤအစည်းအဝေးတွင် သင်ပါဝင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင့်အတွက်သင် ပြောဆိုနိုင်သလို တစ်စုံတစ်ယောက်က သင့်အစား ပြောပေးနိုင်သည်။

**မည်မျှကြာမည်နည်း။** သင့်ဖြစ်စဉ်ကို သင်ပထမဆုံး အယူခံဝင်သည့်ရက်စွဲမှ **ရက် 90** အတွင်း ဆုံးဖြတ်ပေးရမည်။

**ပိုမိုသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်လိုချင်သလား။** စောင့်ဆိုင်းခြင်းကြောင့် သင့်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် သင့်ဘဝအပေါ်အပြင်းအထန် ထိခိုက်မှုရှိနိုင်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပြောပြပေးပါ။ စည်းမျဉ်းများနှင့် ကိုက်ညီပါက ပိုမိုမြန်ဆန်သည့် (အရှိန်မြှင့်ထားသောလျင်) ကြားနာမှုတစ်ခု လုပ်ဆောင်ပေးမည်။ သင်မျက်စိမမြင်၍၊ မသန်စွမ်း သို့မဟုတ် အသက် 65 နှစ်နှင့်အထက်ဖြစ်၍ Medicaid ရသလား။ ထိုသို့ဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ **တတ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံး** ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။ အခြားအကြောင်းရင်းတစ်ခုကြောင့် Medicaid ရယူခြင်း ဖြစ်သလား။ ကိုက်ညီလျှင် **7 ရက်အတွင်း** ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ရရှိပါမည်။

### **သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအပေါ် သင်သဘောမတူခြင်း ဖြစ်ပါက**

#### **အဖွဲ့တွင်း (အတွင်းပိုင်း) အယူခံတစ်ခု တောင်းဆိုပါ**

ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid မှ သက်ဆိုင်သူတစ်ဦးက သင့်ဖြစ်စဉ်ကို သုံးသပ်ပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်အသစ် ချပေးမည်။ ပထမဆုံးဖြတ်ချက်နှင့် မသက်ဆိုင်သူတစ်ဦးမှ သုံးသပ်ခြင်း ဖြစ်ရမည်။ ဖြစ်စဉ်အများစုတွင် အဖွဲ့တွင်း အယူခံ ဦးစွာလုပ်ရန်လိုပါသည်။ ထိုအယူခံကိုပါ သဘောမတူသေးပါက ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။

အဖွဲ့တွင်း အယူခံတင်ရန် **ရက် 60** အချိန်ရှိပါသည်။ ထိုရက် 60 သည် ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid က ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း အသိပေးစာ သင့်ထံလိပ်မူပေးပို့သည့်ရက်တွင် စတင်ပါသည်။ သင်ဆန္ဒရှိပါက သင့်ဆရာဝန်/ဝန်ဆောင်မှုပေးသူက အယူခံတင်ပေးနိုင်သည်။

#### **အဖွဲ့တွင်း အယူခံတင်ရန် နည်း 3 နည်းရှိပါသည်-**

1. ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးစင်တာသို့ **1-800-250-8427** တွင် ခေါ်ဆိုပါ။ TDD/TTY- 1-888-834-7898
2. **အွန်လိုင်း- အယူခံနှင့် မျှတစွာ ကြားနာမှုများဆိုင်ရာ အဖွဲ့ဝင်များအတွက် အချက်အလက်များ** သို့မဟုတ် [AHS.DVHAHealthCareAppealsTeam@vermont.gov](mailto:AHS.DVHAHealthCareAppealsTeam@vermont.gov) သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ
3. **လိပ်စာသို့ စာပို့ပါ-**

Department of Vermont Health Access  
Health Care Appeals Team  
150 Pilgrim Park – 3rd Floor  
Waterbury, VT 05671-4030

စာ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်တွင် သင့်အမည်၊ မွေးနေ့နှင့် ဖုန်းနံပါတ်တို့ ထည့်သွင်းပါ။ သင်အယူခံဝင်သည့် ကိစ္စကိုပြောပြပါ။ သင်တောင်းဆိုခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သင့်အား ပယ်ချခံခဲ့ရသလား ပြောပြပါ။

**သင်ရရှိပြီးသား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖြတ်တောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ရပ်တန့်ခြင်းများ ရှိသလား။** သင်အယူခံဝင်ချိန်အတွင်း သင့်ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှု အဆုံးမသတ်မီ ဆက်ထိန်းသိမ်းလိုကြောင်း တောင်းဆိုရန် လိုအပ်ပါသည်။ ထိုထိန်းသိမ်းမှုကို “အကျိုးခံစားခွင့်များအား ဆက်လက်ရယူခြင်း” ဟု ခေါ်သည်။ အောက်ပါ **သင်အယူခံဝင်ချိန်တွင် ဆေးပေးခန်း အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခြင်း - သင်သိရန်လိုသည့် အခြားအကြောင်းအရာများ** တွင် ကြည့်ပါ။

သင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ဆက်လက်ရရှိရန် အကောင်းဆုံးနည်းမှာ အဘယ်နည်း။ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုများသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ဖုန်းခေါ်ပါ။

**အဖွဲ့တွင်း အယူခံတွင် မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။** ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid သည် အချက်အလက်များ စုဆောင်းနိုင်ရန် အစည်းအဝေးတစ်ခု စီစဉ်ပေးသွားမည်။ ဤအစည်းအဝေးတွင် သင်ပါဝင်သင့်သည်။ သင့်အတွက်သင် ပြောဆိုနိုင်သလို တစ်စုံတစ်ယောက်က သင့်အစား ပြောပေးနိုင်သည်။ သင့်ဆရာဝန်/ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid နှင့် စကားပြောခြင်း သို့မဟုတ် သတင်းအချက်အလက် ပံ့ပိုးခြင်းများ လုပ်နိုင်သည်။

**အများအားဖြင့် ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid သည် သင့်အယူခံကို ရက် 30 အတွင်း ဆုံးဖြတ်ပေးရမည်။** သင်အချိန်ပိုတောင်းပါက ဘာဖြစ်မည်နည်း။ ပိုကြာကြာစောင့်လျှင် သင့်အတွက် ပိုကောင်းမည်ဆိုပါက ဘာဖြစ်မည်နည်း။ ဥပမာ- သင့်ဆရာဝန်သည် အချက်အလက်များ ပေးပို့ရန် အချိန်ပိုလိုအပ်သည်။ သို့မဟုတ် ထိုအချိန်တွင် အစည်းအဝေးသို့ သင်မသွားနိုင်ပါ။ သို့ဖြစ်ပါက နောက်ထပ် 14 ရက် အချိန်ပိုယူနိုင်သည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချရန် အချိန်အကြာဆုံးဖြစ်ဘူးသည်မှာ **44 ရက်**ဖြစ်သည်။

**သင့်အယူခံကို ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid မှ ပိုမြန်မြန် ဆုံးဖြတ်ပေးရန် သင့်အတွက် လိုအပ်သလား။** စောင့်ဆိုင်းခြင်းကြောင့် သင့်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် သင်ဘဝအပေါ် အပြင်းအထန် ထိခိုက်မှုရှိနိုင်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပြောပြပေးပါ။ ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid သည် အယူခံ အမြန်(လျင်မြန်ချောမွေ့စွာ) ဆောင်ရွက်ပေးရန် စည်းမျဉ်းများနှင့် သင်ကိုက်ညီသလား ကြည့်ပါမည်။ ကိုက်ညီပါက ဆုံးဖြတ်ချက်ကို **72 နာရီအတွင်း** ချပေးမည်။ သင်ယခုလို တောင်းဆိုပါ ပိုကြာနိုင်သည် သို့မဟုတ် သင့်အတွက် အကူအညီဖြစ်နိုင်သည်။ အမြန်အယူခံအတွက် အများဆုံးကြာချိန်မှာ **17 ရက်**ဖြစ်သည်။

**သင့်တွင် သင့်အယူခံအား ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်သည့်နည်းလမ်းကို သိခွင့်ရှိပါသည်။** ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုသည့် စာရွက်စာတမ်းများ၊ စည်းမျဉ်းများနှင့် အထောက်အထားများကို သင်ကြည့်နိုင်သည်။ သင်တောင်းဆိုထားသည့် ကိစ္စသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်ခြင်း ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ပုံကို သင်ကြည့်နိုင်သည်။ အဆိုပါ စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူများ အခမဲ့ ယူနိုင်ပါသည်။ မိတ္တူတောင်းရန် ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။

**ဥပဒေရေးရာ အကြံဉာဏ် သို့မဟုတ် အခြားအကူအညီများ လိုအပ်သလား။** ဗားမောင့်ပြည်နယ် ဥပဒေရေးရာအကူထံမှ အခမဲ့ အကူအညီ ရရှိနိုင်သည်။ ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လှုံ့ဆော်ရေးရုံး သို့ **1-800-917-7787** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ **သို့မဟုတ်** အင်တာနက်ပေါ်မှ ၎င်းတို့၏ [ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။ ဖောင်ပုံစံဖြည့်ပါ။

**အဖွဲ့တွင်း အယူခံ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်သဘောမတူပါက**

ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှု ရယူရန် သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်ဖြစ်စဉ်အား လူသား ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့မှ ကြားနာရေး အရာရှိတစ်ဦးမှ ကြားနာပေးသွားမည်။ ၎င်းတို့က ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid ၏ ဆုံးဖြတ်ချက် မှန်ကန်သလား ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။

ဖြစ်စဉ်အများစုတွင် ဦးစွာ အဖွဲ့တွင်းအယူခံ ပြီးစီးရန် လိုအပ်သည်။ ထို့နောက် ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှုကို သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid က နောက်ဆုံးရက်အထိ သင့်အဖွဲ့တွင်း အယူခံကို ဆုံးဖြတ်ပေးခြင်း မရှိသေးပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ သို့ဖြစ်ပါက ဆုံးဖြတ်ချက် စောင့်ရန်မလိုဘဲ ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှု ရယူရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သင့်အဖွဲ့တွင်း အယူခံအတွက် အများဆုံး ကြာနိုင်သည့်အချိန်မှာ-

- အဖွဲ့တွင်း အယူခံအတွက် ရက် 30 **သို့မဟုတ်**
- နှောင့်နှေးမှုကြောင့် သင့်အတွက် အကူအညီဖြစ်၍ သင်ဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်တို့မှဖြစ်စေ အချိန်ထပ်တောင်းထားပါက 44 ရက် **သို့မဟုတ်**
- အမြန်အယူခံအတွက် 72 နာရီ **သို့မဟုတ်**
- **အကယ်၍** သင်ဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်တို့မှဖြစ်စေ အချိန်ထပ်တောင်းထားပါက အမြန်အယူခံအတွက် 17 ရက်

ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှုကို **ရက် 120** အတွင်း သင်တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ရက် 120 မည်သည့်အချိန်တွင် စတင်သနည်း။ အဖွဲ့တွင်းအယူခံ ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း သင့်အား အသိပေးသည့်စာပါရက်မှ စတင်မည်။

**ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာ ကြားနာမှု ရယူရန် တောင်းဆိုနည်း 3 နည်းရှိပါသည်-**

1. ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ TDD/TTY- 1-888-834-7898  
**သို့မဟုတ်** လူမှုရေးရာ ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့သို့ **802-828-2536** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။
2. **အွန်လိုင်းမှ လူမှုရေးရာ ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့ ဝက်ဘ်ဆိုက်** သို့ သွားပါ
3. လိပ်စာသို့ စာပို့ပါ-

လူသား ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့  
14-16 Baldwin St., 2<sup>nd</sup> Floor  
Montpelier, VT 05633-4301

စာတွင် သင့်အမည်၊ မွေးနေ့နှင့် ဖုန်းနံပါတ်တို့ ထည့်သွင်းပါ။ သင်အယူခံဝင်သည့် ကိစ္စကိုပြောပြပါ။ သင်တောင်းဆိုခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သင့်အား ပယ်ချခံခဲ့ရသလား ပြောပြပါ။

**သင်ရရှိပြီးသား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖြတ်တောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ရပ်တန့်ခြင်းများ ရှိသလား။**

သင့်အတွက် ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှုအတွင်း သင့်ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ပါသည်။ **သို့သော်လည်း** အဖွဲ့တွင်း အယူခံ ဆုံးဖြတ်ချက်မှ **11 ရက်အတွင်း** တောင်းဆိုရန်လိုအပ်ပါသည်။ ယင်း 11 ရက်တွင် အယူခံ ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid က သင့်အားအသိပေးသည့် ရက်စွဲမှ စတင်မည်။ အဖွဲ့တွင်း အယူခံအတွင်း သင့်ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိန်းသိမ်းနိုင်ရန် သင်တောင်းဆိုပြီး ဖြစ်သလား။ နောက်တစ်ကြိမ် ပြန်တောင်းဆိုရန် လိုအပ်ပါသည်။ ထိုထိန်းသိမ်းမှုကို “အကျိုးခံစားခွင့်များအား ဆက်လက်ရယူခြင်း” ဟု ခေါ်သည်။ အောက်ပါ **သင်အယူခံဝင်ချိန်တွင် ဆေးပေးခန်း အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခြင်း - သင်သိရန်လိုသည့် အခြားအကြောင်းအရာများ**တွင် ကြည့်ပါ။

သင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ဆက်လက်ရရှိရန် အကောင်းဆုံးနည်းမှာ အဘယ်နည်း။ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုများသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ဖုန်းခေါ်ပါ။

**ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှု သင်တောင်းဆိုလျှင် ဘာဖြစ်မည်နည်း။** လူမှုရေးရာ ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့ထံမှ စာတစ်စောင်ကို သင်လက်ခံရရှိမည်။ ကြားနာရေးအရာရှိသည် သင့်ဖြစ်စဉ်အား ဆုံးဖြတ်ပေးမည့်သူ ဖြစ်သည်။ သူတို့က သင့်အဆိုကို ကြားနာရန် အစည်းအဝေးတစ်ခု စီစဉ်ပေးမည်။ ၎င်းတို့က ဗားမောင့်ပြည်နယ် Medicaid ၏ ဆုံးဖြတ်ချက် မှားယွင်းမှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ပေးမည်။ ဤအစည်းအဝေးတွင် သင်ပါဝင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင့်အတွက်သင် ပြောဆိုနိုင်သလို တစ်စုံတစ်ယောက်က သင့်အစား ပြောပေးနိုင်ပါသည်။

**သင့်ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှု ဆုံးဖြတ်ချက် ရရှိရန် မည်မျှကြာမည်နည်း။** သင့်ဖြစ်စဉ်ကို လူသား ဝန်ဆောင်မှု ဘုတ်အဖွဲ့က **ရက် 90 အတွင်း** ဆုံးဖြတ်ပေးရမည်။ ထိုရက် 90 သည် အဖွဲ့တွင်း အယူခံတင်သည့် ပထမဆုံးရက်မှ စတင်မည်။ အယူခံဆုံးဖြတ်ချက်ပြီးနောက် ကြားနာမှု တောင်းဆိုရာတွင် သင့်အတွက်ကြာသည့်ရက်များ **အကျိုးမဝင်ပါ။**

**ပိုမိုမြန်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်လိုချင်သလား။** စောင့်ဆိုင်းခြင်းကြောင့် သင့်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် သင့်ဘဝအပေါ် အပြင်းအထန် ထိခိုက်မှုရှိနိုင်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပြောပြပေးပါ။ မြန်ဆန်သည့် ပြည်နယ်တွင်း မျှတစွာကြားနာမှုအတွက် စည်းမျဉ်းများနှင့် သင်ကိုက်ညီပါသလား။ ကိုက်ညီလျှင် **အလုပ်ဖွင့်ရက် 3 ရက်အတွင်း** ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ရရှိပါမည်။

**သင်အယူခံဝင်ချိန်တွင် ဆေးပေးခန်း အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခြင်း - သင်သိရန်လိုသည့် အခြားအကြောင်းအရာများ**

- သင့်ဝန်ဆောင်မှုအတွက် သင်ကိုယ်တိုင် ပေးချေခဲ့သလား။ အယူခံ သို့မဟုတ် ကြားနာမှုတွင် သင်အနိုင်ရပါက ကျွန်ုပ်တို့ သင့်အားပြန်ဆပ်ရန် လိုနိုင်ပါသည်။
- အယူခံအတွင်း သင့်အတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ သင်ထိန်းသိမ်းထားခဲ့သလား။ သင်ရှုံးနိမ့်ခဲ့ပါက အယူခံဝင်ချိန်အတွင်း သင်ရရှိခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်ပေးချေရန် **လိုအပ်နိုင်ပါသည်။**

- သင်သည် အယူခံ သို့မဟုတ် ကြားနာရန် တောင်းဆိုပါသလား။ တစ်ပြိုင်တည်းတွင် အယူခံ/ကြားနာမှု ပြီးဆုံးသည်အထိ ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ပါသည်။
- သင့်အယူခံ သို့မဟုတ် ကြားနာမှုမှာ အဆုံးသတ်သွားသည့် သို့မဟုတ် ဖြတ်တောက်လိုက်သည့် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုအကြောင်း ဖြစ်ပါသလား။ ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေ ပြောင်းလဲမှုကြောင့် အဆုံးသတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ဖြတ်တောက်ခံရခြင်း ဖြစ်ပါသလား။ ထိုသို့ဖြစ်ပါက အယူခံ သို့မဟုတ် ကြားနာမှု လုပ်နေစဉ် ယင်းဝန်ဆောင်မှုကို သင်ထိန်းသိမ်းထားနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။

## သင့်အယူခံနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဥပဒေရေးရာ အကြံဉာဏ်၊ သို့မဟုတ် အခြားအကူအညီများ လိုအပ်ပါသလား။

ဗားမောင့်ပြည်နယ် ဥပဒေရေးရာအကူအညီ အခမဲ့ အကူအညီ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လှုံ့ဆော်ရေးရုံး သို့ **1-800-917-7787** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် အင်တာနက်ပေါ်မှ ၎င်းတို့၏ [ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။ ဖောင်ပုံစံဖြည့်ပါ။

## သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်ပြီး အခြားတိုင်ကြားမှု အမျိုးအစားများ - နှစ်နာကြောင်း တိုင်ကြားနိုင်သည်

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်သွားရသည့်နေရာ သို့မဟုတ် သင်သွားရသည့်အချိန်နှင့် ပတ်သက်၍ အဆင်မပြေဖြစ်ပါသလား။ သင့်ဝန်ဆောင်မှုများမှာ ကောင်းမွန်လုံလောက်ခြင်းမရှိဟု ထင်ပါသလား။ သင့်အခွင့်အရေးများကို အသုံးပြုပြီးနောက် သင့်အားထိခိုက်မှု ရှိပါသလား။ ၎င်းတို့သည် သင်အယူခံ မဝင်နိုင်သည့် ကိစ္စများဖြစ်သည်။ သို့သော် နှစ်နာမှုဟုခေါ်သည့် တိုင်ကြားမှုတစ်ခု လုပ်နိုင်ပါသည်။ အချိန်မရွေး ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပြီး တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။

သင့်နှစ်နာမှုကို ကိုင်တွယ်ပုံအပေါ် သင်မကျေနပ်လျှင် မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။ နှစ်နာမှုအကြောင်း သုံးသပ်ချက်တစ်ခု တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်နှစ်နာမှုအား ကိုင်တွယ်ဖူးခြင်း မရှိသူက သင့်ဖြစ်စဉ်ကို သုံးသပ်ပေးမည်။ ယင်းဖြစ်စဉ်ကို မျှတစွာ ကိုင်တွယ်ခဲ့သလား စစ်ဆေးပေးမည်။ ၎င်းတို့ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း အသိပေးစာတစ်စောင် သင်ရရှိမည်။

## အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။

### Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေး

Vermont Health Connect နှင့် Green Mountain Care ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးက သင့်ကိုကူညီရန် အသင့်ရှိပါသည်။ သူတို့သည် သင့်အစီအစဉ်နှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများကို ဖြေကြားနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတို့က သင့်ဆရာဝန်/PCP ရွေးချယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲခြင်းများ လုပ်ရာတွင် ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူရန် ပြဿနာများ ရှိပါက သင့်အားကူညီပေးနိုင်ပါသည်။

ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသည် တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ နံနက် 8:00 မှ ညနေ 4:30 အတွင်းဖွင့်သည်။ အားလပ်ရက်များတွင် ပိတ်ပါသည်။ **1-800-250-8427** သို့မဟုတ် TDD 1-888-834-7898 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

### အပြောင်းအလဲဖြစ်ပြီး 10 ရက်အတွင်း ထိုအပြောင်းအလဲများအကြောင်း မဖြစ်မနေ အသိပေးပါ-

- သင့်ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စု အပြောင်းအလဲများ၊
- လိပ်စာအပြောင်းအလဲများ၊

- ကလေးမွေးခြင်း သို့မဟုတ် မွေးစားခြင်း၊
- သေဆုံးမှုများ၊ နှင့်
- သင်ရရှိသည့် အခြားကျန်းမာရေး အာမခံ။

## ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လှုံ့ဆော်ရေးရုံး (Health Care Advocate, HCA)

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ရေး လှုံ့ဆော်ရေးရုံးသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် ပြဿနာများအတွက် အကူအညီပေးမည်။ ၎င်းတို့သည် နစ်နာမှု၊ အယူခံနှင့် မျှတစွာကြားနာမှုတို့နှင့် ပတ်သက်ပြီးလည်း သင့်အား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ **1-800-917-7787** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

## ထပ်ဆောင်း အချက်အလက်

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ပတ်သက်ပြီး သတင်းအချက်အလက်များဖြင့် အဆင်သင့် ထောက်ပံ့ပေးနိုင်ပါသည်။ ဤလက်စွဲစာအုပ်ကို ဖတ်ရှုပါ။ သို့မဟုတ် ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ် DVHA website](#) သို့ သွားပါ။

## အခြားအစီအစဉ်များ

ကလေးများ၊ လူကြီးများနှင့် မိသားစုများအတွက် အခြားအစီအစဉ်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ ရှိပါသည်။ အချို့အစီအစဉ်များသည် ၎င်းတို့ဝန်ဆောင်မှုများသို့ သင့်အားပို့ဆောင်ပေးပါမည်။ ဖောက်သည်ပံ့ပိုးရေးသို့ **1-800-250-8427** ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြီး ဆက်လက်လေ့လာနိုင်ပါသည်။ အချို့အစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်နိုင်ရန် နောက်ထပ်စည်းမျဉ်းများ နှင့် ကိုက်ညီရမည်။ မေးမြန်းစရာများ ရှိပါသလား သို့မဟုတ် သင်သည် ထိုစည်းမျဉ်းများနှင့် ကိုက်ညီမှုရှိမရှိ သိလိုပါသလား။ သင်လိုချင်သည့် အစီအစဉ်သို့ ဖုန်းခေါ်ပါ။ ၎င်းတို့အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ်များမှာ အောက်ပါအတိုင်း ဖြစ်ပါသည်။

## လူကြီးနေ့ပိုင်း စောင့်ရှောက်ခြင်းဝန်ဆောင်မှုများ

လူကြီးနေ့ပိုင်း စောင့်ရှောက်ခြင်းဝန်ဆောင်မှုများသည် သက်ကြီးရွယ်အိုများနှင့် မသန်စွမ်းသူ လူကြီးများ ၎င်းတို့နေအိမ်များတွင် နေထိုင်နိုင်ရန် ကူညီပေးပါသည်။ လူကြီးနေ့ပိုင်း စောင့်ရှောက်ခြင်းဝန်ဆောင်မှုများကို နောက်စင်တာများတွင် လုပ်ဆောင်ပေးပါသည်။ ၎င်းသည် ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူနိုင်သည့် ဘေးကင်းသော နေရာတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေး ဌာနခွဲသို့ **802-241-2401** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ်လူကြီးနေ့ပိုင်း ဝန်ဆောင်မှုများဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

## အနီးကပ်ပြုစုရေး ဝန်ဆောင်မှု အစီအစဉ်

ဤအစီအစဉ်သည် နေ့စဉ်လုပ်ငန်းများလျော့ချရာတွင် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အကူအညီ လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းသူ လူကြီးများအား ကူညီပေးသည်။ သင့်အနီးကပ် စောင့်ရှောက်သူများကို ငှားရမ်းခြင်း၊ လေ့ကျင့်ခြင်း၊ ကြီးကြပ်ခြင်းနှင့် အချိန်ဇယားဆွဲခြင်းများ သင်လုပ်ပေးနိုင်သည်။ မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေး ဌာနခွဲသို့ **802-241-2401** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ် အနီးကပ်ပြုစုရေး ဝန်ဆောင်မှု အစီအစဉ်](#) သို့ သွားပါ။

## ကလေးသူငယ်များအတွက် ပူးတွဲဝန်ဆောင်မှုများ (Children's Integrated Services, CIS)

၎င်းသည် ကိုယ်ဝန်ရှိနေသည့် သို့မဟုတ် လတ်တလော ကလေးမွေးထားသည့် အမျိုးသမီးများအား ကူညီပေးပါသည်။ မွေးကင်းစမှ အသက်ခြောက်နှစ်အထိ ကလေးသူငယ်များရှိသည့် မိသားစုများကိုလည်း ကူညီပေးပါသည်။ ၎င်းတို့မှ ကူညီပေးသည်မှာ-

- လူမှုရေးနှင့် မိသားစု ပံ့ပိုးရေး၊
- မိခင်/ကလေး ကျန်းမာရေးနှင့် ပြုစုရေး၊
- ကလေးသူငယ် ဖွံ့ဖြိုးမှုနှင့် ဖွံ့ဖြိုးမှုနှေးကွေးသည့် မွေးကင်းစမှ အသက် 3 နှစ်အထိ နှောင့်နှေးမှု ရှိသော ကလေးသူငယ်များအား ကူညီရေး၊
- အစောပိုင်း ကလေးဘဝနှင့် မိသားစု စိတ်ကျန်းမာရေး၊
- ကလေးသူငယ် စောင့်ရှောက်ရေးနှင့်
- ကောင်းမွန်စွာစားခြင်း၊ စကားပြောနှင့် ဘာသာစကား ပြဿနာများ ကဲ့သို့သော အခြားကိစ္စများအတွက် ဖြစ်သည်။

ကလေးသူငယ်နှင့် မိသားစုများငှာ၊ ကလေးသူငယ် ဖွံ့ဖြိုးရေးဌာနခွဲသို့ **802-241-3110** သို့မဟုတ် **1-800-649-2642** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [ကလေးသူငယ်များအတွက် ပူးတွဲဝန်ဆောင်မှုများသို့ သွားပါ။](#)

## ကလေးသူငယ်များအတွက် ပူးတွဲဝန်ဆောင်မှုများ - စောစီးစွာ ကြားဝင်ဖြေရှင်းရေး (Children's Integrated Services - Early Intervention, CIS-EI)

ဤအစီအစဉ်သည် မသန်စွမ်းသည့် အသက် 3 နှစ်အောက် ကလေးသူငယ်များအတွက် ဖြစ်သည်။ သို့မဟုတ် အခြားရွယ်တူကလေးများအောက် နောက်ကျနေသည့် ကလေးသူငယ်များအတွက် ဖြစ်သည်။ ကလေးငယ်များ၊ လေးဘက်သွားအရွယ် ကလေးများနှင့် မိသားစုများအား ကူညီပေးပါသည်။ ဗားမောင့်ပြည်နယ် မိသားစုကွန်ရက်သို့ **1-800-800-4005** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။

## ကလေးသူငယ်များ တကိုယ်ရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ

ကလေးသူငယ်များ တကိုယ်ရေးစောင့်ရှောက်ခြင်းသည် အသက် 21 နှစ်အောက်အတွက် Medicaid ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု ဖြစ်သည်။ ၎င်းတို့တွင် ပြင်းထန်သည့် နာတာရှည် မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးပြဿနာ ရှိရမည်။ ၎င်းတို့အရွယ် အခြားသူများ လုပ်နိုင်သည့် ကိစ္စများကို မလုပ်နိုင်အောင် တားဆီးသည့် ပြဿနာ ဖြစ်ရမည်။ စားသောက်ခြင်း၊ အဝတ်အစားဝတ်ခြင်း၊ အကူအညီမလိုဘဲ အိမ်သာ/ရေချိုးခန်းဝင်ခြင်းတို့ ကဲ့သို့သော နေ့စဉ်သွားလာလှုပ်ရှားမှုများ မလုပ်နိုင်ရန် တားဆီးသည့် ပြဿနာ ဖြစ်ရမည်။ ဤအစီအစဉ်သည် ကလေးသူငယ်များ၏ တကိုယ်ရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကူညီပေးသည်။ **1-800-660-4427** သို့မဟုတ် **802-863-7338** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [ကလေးသူငယ်များအား တကိုယ်ရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှု ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

## အထူးကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်များရှိ ကလေးသူငယ် (Children with Special Health Needs, CSHN)

CSHN သည် အထူးကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်များရှိသည့် ကလေးသူငယ်များအတွက် စောင့်ရှောက်မှုများ စီစဉ်ပေးသည်။ ဖော်ပြပါ အစီအစဉ်နှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကူညီပေးနိုင်သည်- စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ ကလေးသူငယ်များ တကိုယ်ရေးစောင့်ရှောက်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ ရပ်ရွာအာဟာရ ဝန်ဆောင်မှုများ၊ မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးရေး အစီအစဉ်၊ ကလေးအထူးကု နည်းပညာဖြင့် သူနာပြုအစီအစဉ်၊ ကလေးအထူးကု နာကျင်မှုနှင့် ရောဂါလက္ခဏာ လျော့ချရေး အစီအစဉ်၊ ဗားမောင့်ပြည်နယ် နားအကြားအာရုံဆိုင်ရာ စောစီးသိရှိရေးနှင့် ဖြေရှင်းရေး၊ **1-800-660-4427** သို့မဟုတ် **802-863-7338** သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ သို့မဟုတ် [အထူးကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်များရှိ ကလေးသူငယ်များ ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။



### စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရွေးချယ်စရာများ

၎င်းသည် ရေရှည်စောင့်ရှောက်ရေး အစီအစဉ်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းသည် သက်ကြီးရွယ်အို ဗားမောင့်ပြည်နယ်သားများနှင့် ခန္ဓာကိုယ် မသန်စွမ်းသူများအတွက် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ထောက်ပံ့မှုများ လုပ်ဆောင်ပေးသည်။ ဤအစီအစဉ်သည် နေ့စဉ်သွားလာလှုပ်ရှားမှုများအတွက် ကူညီပေးသည်။ ၎င်းတို့မှာ အိမ်တွင်နေသူ၊ အဆင့်မြင့် ဂေဟစောင့်ရှောက်မှုခံယူနေသူ သို့မဟုတ် ဘိုးဘွားရိပ်သာနေသူ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများမှာ-

- လူကြီးနေပိုင်း စောင့်ရှောက်ရေးစင်တာများ
- သက်ကြီးရွယ်အိုဆိုင်ရာ ဒေသတွင်း အေဂျင်စီများ
- ထောက်ပံ့ကူညီရေးဂေဟာများ
- အိမ်တွင်းကျန်းမာရေး အေဂျင်စီများ
- သူနာပြုဂေဟာများ
- နေထိုင်စောင့်ရှောက်ရေး ဂေဟာများ

802-241-0294 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရွေးချယ်စရာများ ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### ဖွံ့ဖြိုးမှု ချို့ယွင်းချက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ

၎င်းတို့သည် ဖွံ့ဖြိုးရေးဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ရှိသူများကို အသက်အရွယ်မရွေး ကူညီပေးနေပါသည်။ ၎င်းတို့မိသားစုများနှင့် အိမ်တွင်နေနိုင်ရန် ကူညီပေးသည်။ ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ဖြစ်ရပ်စီမံမှု၊ အလုပ်အကိုင် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ရပ်ရွာအသိုင်းအဝိုင်း ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ယာယီလူစားထိုးကူညီမှုများ ပါဝင်သည်။ ယာယီလူစားထိုးကူညီမှုသည် မိသားစုများ ခတ္တနားနေချိန်၌ စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း ဖြစ်သည်။ မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေး ဌာနသို့ **802-241-0304** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှု ချို့ယွင်းချက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### ငွေကြေးအထောက်အပံ့ အစီအစဉ်

မိသားစုများအနေနှင့် ၎င်းတို့ကလေး၏ အာမခံတွင် မပါသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စရိတ်များအား ကျခံနိုင်ရန် ကူညီပေးသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုများသည် ကလေးသူငယ်များ၏ အထူးကျန်းမာရေး လိုအပ်ချက်ဆိုင်ရာ ဆေးခန်းမှ ညွှန်းပေးခြင်း သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုခြင်း ဖြစ်ရမည်။ ဗားမောင့်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနသို့ **1-800-660-4427** သို့မဟုတ် **802-863-7338** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ်](#) နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် [ဤဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### ပြင်လွယ်ပြောင်းလွယ် မိသားစုရန်ပုံငွေ

မိသားစုနှင့် အတူနေထိုင်ပြီး အသက်အရွယ်မရွေး ဖွံ့ဖြိုးမှု မသန်စွမ်းမှု ရှိသူများအတွက် ဖြစ်ပါသည်။ [သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှု ချို့ယွင်းချက်ရှိသည့် မိသားစုဝင်တစ်ဦးနှင့် အတူနေထိုင်ပြီး ပံ့ပိုးမှုပေး နေသည့် မိသားစုများအတွက်](#) ဖြစ်သည်။ မိသားစုများက ထိုရန်ပုံငွေဖြင့် မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုများအား ပေးချေမည်ကို ဆုံးဖြတ်ချက်ချရမည်။ မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေးဌာန၊ ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနသို့ **802-241-0304** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ် ပြင်လွယ်ပြောင်းလွယ် မိသားစုရန်ပုံငွေ ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### နည်းပညာမြင့် သူနာပြုစောင့်ရှောက်မှု

အိမ်တွင်း အထူးသူနာပြု အစီအစဉ်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ အသက်ရှင်ရန် နည်းပညာလိုအပ်သည်။ သို့မဟုတ် ခက်ခဲသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များရှိသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များအတွက် ဖြစ်ပါသည်။ ဤအစီအစဉ်သည် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူများအား ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ဆေးကုသရာနေရာတစ်ခုမှ ၎င်းတို့အိမ်တွင် ပြန်နေထိုင်နိုင်ရန် ကူညီပေးသည်။ **အသက် 21 နှစ်နှင့်အထက်** ပုဂ္ဂိုလ်များအနေဖြင့် မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေးဌာနသို့ **802-241-0294** ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ [သို့မဟုတ် လူကြီး အဆင့်မြင့် နည်းပညာ ဝန်ဆောင်မှုများဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

အသက် 21 နှစ်အောက် ပုဂ္ဂိုလ်များအနေဖြင့် ကလေးသူငယ်ဆိုင်ရာ နည်းပညာဖြင့် အိမ်တွင်းစောင့်ရှောက်ရေး အစီအစဉ်သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ 1-800-660-4427 သို့မဟုတ် 802-863-7338 ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [ကလေးအထူးကု နည်းပညာဖြင့် သူနာပြု ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### အိမ်တွင်း ပံ့ပိုးရေးကိစ္စ ဝန်ဆောင်မှုများ

အသက် 18 နှစ်နှင့်အထက် မသန်စွမ်းသူများကို ကူညီပေးသည်။ ဤအစီအစဉ်သည် အိမ်တွင်းနေနိုင်ရန် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လိုအပ်ချက်များ သို့မဟုတ် အိမ်အလုပ်များအတွက် အကူအညီပေးပေးသည်။ ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ဈေးဝယ်ခြင်း၊ သန့်ရှင်းရေးလုပ်ခြင်းနှင့် အဝတ်လျှော်ဖွပ်ခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။ မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေး ဌာနသို့ 802-241-0294 ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [အိမ်တွင်း ပံ့ပိုးရေးကိစ္စ ဝန်ဆောင်မှုများဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### Hub and Spoke အစီအစဉ်များ

ဘိန်းစွဲလမ်းမှုရောဂါ (Opioid Use Disorder, OUD) အတွက် Hub and Spoke စောင့်ရှောက်ရေးစနစ်ကို ဘိန်းစွဲလမ်းမှုရောဂါအတွက် ဆေးဝါးများ (Medications for Opioid Use Disorder, MOUD) ပေးသည့် အခြေအနေနှစ်မျိုးအကြား ပေါင်းစည်းစနစ်နှစ်ခု ဖန်တီးရန်နှင့် MOUD ကုသမှု အခြေအနေများကို ပိုမိုကျယ်ပြန့်သည့် ကျန်းမာရေးနှင့် လူဝန်ဆောင်မှု စနစ်များနှင့် ပူးတွဲချိတ်ဆက်ရန် ဒီဇိုင်းဆွဲထားပါသည်။ MOUD အခြေအနေနှစ်မျိုးမှာ- ဗားမောင့်ပြည်နယ်တွင် Hubs ဟု လူသိများသည့် "ဘိန်းစွဲလမ်းမှု ကုသရေး အစီအစဉ်များ (Opioid Treatment Programs, OTP) သည် နေ့စဉ် ဆေးဝါးများထုတ်ပေးပြီး လူနာများ ကြည့်ရှုပြီး ချိတ်ဆက်မှုများ ပိုမိုများပြားသည်။ Spokes သည် "ရုံးအခြေစိုက် ဘိန်းစွဲလမ်းမှု ကုသမှု (Office-Based Opioid Treatment, OBOT)" များဖြစ်ပြီး ဆေးဝါးများ ထုတ်ပေးခြင်းနှင့် လူနာကြည့်ရှုခြင်းတို့ကို အကြိမ်နည်းနည်းလုပ်ပေးသည့် ဆေးခန်း/ဆေးရုံများ ဖြစ်ပါသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုများတွင် ဆေးဝါး၊ အိမ်ရာနှင့် အစားအသောက် ရနိုင်မှုတို့ ကဲ့သို့သော လူမှုရေးအရ မောင်းနှင်အားများကို စစ်ဆေးခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။ Hub and Spokes တွင် အတိုင်ပင်ခံများ၊ ဖြစ်စဉ်စီမံသူများနှင့် သူနာပြုများသည် လူတစ်ကိုယ်လုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပူးတွဲချိတ်ဆက် ပေးနိုင်ရန် တိုင်ပင်မှုနှင့် အဖွဲ့အခြေပြု စောင့်ရှောက်မှုများဖြင့် ပံ့ပိုးပေးနေပါသည်။ စွဲလမ်းမှု အသင့်အတင့်မှ အနည်းငယ်သာဆိုပါက သမားရိုးကျ ဆရာဝန်ဆေးခန်းများ၊ သို့မဟုတ် စွဲလမ်းမှု အထူးကုဆေးခန်းများတွင် Spokes ဖြင့် အများအားဖြင့် ကုသနိုင်ပါသည်။ MOUD ခေါင်းဆောင်တစ်ဦးကို ဆက်သွယ်ရန်အတွက် [blueprint အဆက်အသွယ်စာမျက်နှာ](#) တွင် ကြည့်ပါ။ အထွေထွေ အချက်အလက်များအတွက် အရက်နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးရေးစင်တာအတွက် Vermont Helpline ကို [ဤဝက်ဘ်ဆိုက်](#) တွင် ကြည့်နိုင်ပါသည်။

### ဗားမောင့်ပြည်နယ် နားအကြားအာရုံဆိုင်ရာ စောစီးသိရှိရေးနှင့် ဖြေရှင်းရေး အစီအစဉ်

မိသားစုများနှင့် ၎င်းတို့၏ ကလေးများနှင့် ရပ်ရွာမှ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအတွက် ထောက်ပံ့မှု၊ လေ့ကျင့်မှုနှင့် စောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေးတို့ လုပ်ဆောင်ပေးသည်။ ၎င်းတို့သည် ရှာဖွေရေး၊ စစ်ဆေးရေးနှင့် စောစီးစွာ ကြားဝင်ဖြေရှင်းရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရှာဖွေရန် ကူညီပေးသည်။ 1-800-537-0076 သို့မဟုတ် 802-651-1872 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [ဗားမောင့်ပြည်နယ် နားအကြားအာရုံဆိုင်ရာ စောစီးစွာသိရှိရေးနှင့် ဖြေရှင်းရေး အစီအစဉ် ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

### စိတ်ကျန်းမာရေး

ဗားမောင့်ပြည်နယ်သည် ပြည်နယ်တစ်ခုလုံးမှ အေဂျင်စီများနှင့် အတူဆောင်ရွက်နေပါသည်။ ဤအေဂျင်စီများသည် ပြည်သူများနှင့် ၎င်းတို့၏ မိသားစုများကို ကူညီပေးနိုင်ရန် စိတ်ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများဖြင့် ပံ့ပိုးပေးနေသည်။ ပြဿနာဆိုလျှင် စိတ်ခံစားချက် ဖိစီးမှုများလွန်းခြင်း၊ စိတ်မကျန်းမာခြင်း သို့မဟုတ် ပြင်းထန်သည့် အပြုအမူဆိုင်ရာ ပြဿနာများ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ ဂေဟာနေ စောင့်ရှောက်မှု၊ အရေးပေါ် အိပ်ရာများနှင့် ဆေးရုံတင် စောင့်ရှောက်မှုများကိုလည်း ကူညီရှာဖွေပေးနိုင်ပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးဌာနသို့ 802-241-0090 ဖြင့် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် [စိတ်ကျန်းမာရေး ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။ ဝန်ဆောင်မှုများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်ပါသည်-

- လူကြီးပြင်ပလူနာ ဝန်ဆောင်မှုများ - ဝန်ဆောင်မှုများတွင် အကဲဖြတ်ခြင်း၊ နှစ်သိမ့်ဆွေးနွေးခြင်း၊ ဆေးဝါးညွှန်းခြင်းနှင့် စောင့်ကြည့်ခြင်းများ ပါဝင်နိုင်သည်။ ၎င်းတွင် အသက် 60 နှင့်အထက် စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချက်ရှိသူများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်နိုင်သည်။ သင့်ကို စောင့်ဆိုင်းရန်စာရင်းတွင် ထည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။

- ကလေး၊ မြီးကောင်ပေါက်နှင့် မိသားစု ဝန်ဆောင်မှုများ - ၎င်းတို့၏ ကလေးသူငယ်များ သို့မဟုတ် ဆယ်ကျော်သက်များတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ ရှိနေသည့် မိသားစုများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ပံ့ပိုးမှုများ ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းကလေးနှင့် လူငယ်များ ကျောင်းနှင့် ရပ်ရွာအတွင်း နေထိုင်ရန်၊ သင်ယူရန်၊ ကျန်းမာရေးနှင့် ညီညွတ်စွာ ကြီးပြင်းနိုင်ရန် ကူညီပေးပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှုများတွင် စိစစ်ခြင်း၊ ကာကွယ်ခြင်း၊ လူမှုရေးပံ့ပိုးမှု၊ ကုသမှု၊ နှစ်သိမ့်ဆွေးနွေးခြင်းနှင့် အရေးပေါ်တုံ့ပြန်မှုတို့ ပါဝင်ပါသည်။
- ရပ်ရွာ ပြန်လည်ထူထောင်ရေးနှင့် ကုသရေး - ဤအစီအစဉ်သည် လူသူအများ ၎င်းတို့ရပ်ရွာအတွင်း မိသားစု၊ သူငယ်ချင်းနှင့် အိမ်နီးချင်းများနှင့် နေနိုင်ရန် ကူညီပေးပါသည်။ အချို့သော ပြင်းထန်သည့် စိတ်ရောဂါအမျိုးအစားများ ရှိနေသည့် လူကြီးများအတွက်သာ ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့သည် အခြားစည်းမျဉ်းများနှင့်လည်း ကိုက်ညီရပါမည်။
- အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ - ၎င်းသည် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ ဖြစ်ပါသည်။ တစ်ရက်လျှင် 24 နာရီ၊ တစ်ပတ်လျှင် 7 ရက် ဖွင့်ပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ဖုန်းခေါ်ထောက်ပံ့မှု၊ မျက်နှာခြင်းဆိုင် သုံးသပ်ခြင်း၊ ရည်ညွှန်းခြင်းနှင့် တိုင်ပင်ခြင်းများ ပါဝင်သည်။

## ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိခြင်းဆိုင်ရာ အစီအစဉ်

အသက် 16 နှစ်နှင့်အထက် အသင့်အတင့်မှ ပြင်းထန်သည့် ဦးနှောက်ဒဏ်ရာရရှိသူများအား ကူညီပေးပါသည်။ ဆေးရုံများနှင့် ဆေးကုသရာ နေရာများမှ အိမ်ပြန်နိုင်သည်အထိ ကူညီပေးပါသည်။ တတ်နိုင်သမျှ အမီအခိုကင်းစွာ နေထိုင်နိုင်ပြီး အလုပ်ပြန်ဝင်နိုင်ရန် ကူညီပေးပါသည်။ မသန်စွမ်းသူ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် သီးခြားလွတ်လပ်စွာ နေထိုင်နိုင်ရေး ဌာနသို့ 802-241-0294 ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ် [ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိခြင်းဆိုင်ရာ အစီအစဉ် ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။

## အမျိုးသမီး၊ ရင်ခွင်ပိုက် ကလေးငယ်နှင့် ကလေးသူငယ်များဆိုင်ရာ အစီအစဉ် (Women, Infants, and Children Program, WIC)

ဤအစီအစဉ်သည် ရင်ခွင်ပိုက်မှ အသက် 5 နှစ်အထိ ကလေးသူငယ်များအတွက် အာဟာရအစီအစဉ် ဖြစ်ပါသည်။ ကိုယ်ဝန်ရှိနေသည့် သို့မဟုတ် လတ်တလော ကလေးမွေးထားသည့် အမျိုးသမီးများအတွက်လည်း ဖြစ်ပါသည်။ ကျန်းမာသည့် အစားအစာများကျွေးပြီး ကျန်းမာသည့် စားသောက်နည်းနှင့် မိခင်နို့ချို တိုက်ကျွေးခြင်းများအကြောင်း သင်ပေးပါသည်။ Medicaid ရှိသည့် မည်သူမဆို WIC အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ [wic.ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။ သို့မဟုတ် VTWIC ထံ 855-11 ဖြင့် စာပို့ပါ။

## သင့်ရပ်ရွာအတွင်းမှ အကူအညီများအကြောင်း ဆက်လက်သိလိုပါက [211 ဝက်ဘ်ဆိုက်](#) သို့ သွားပါ။