BRONSON

Affix Patient Label	
Patient Name:	Date of Birth:

ပြင်ပလူနာ ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ်စစ်ဆေးခြင်း နှင့် ရုံးခန်း တွေ့ဆုံလည်ပတ်ပြသမှုများ
ကုသမှုအတွက် အထွေထွေ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် နှင့် စာရင်းသွင်းမှု သတင်းထုတ်ပြန်ခွင့် လျှောက်လွှာဖောင်

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအား သဘောတူလက်ခံပါသည် -

- ကျွန်ုပ်၏ စောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့ထံမှ ကုသစောင့်ရှောက်မှု။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ကို သဘောတူလက်ခံပါသည် -

- ကျွန်ုပ်သည် မေးခွန်းများအား မေးမြန်းမည် ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး မည်သူတစ်ဦးတစ်ယောက်မျှ ကတိကဝတ်ပြုထားခြင်းများ မရှိပေ။
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကျောင်းသားများ သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းများသည် သင်ကြားမှု သို့မဟုတ် သုတေသနလုပ်ငန်းအတွက်ငှာ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှု နှင့် ဆေး မှတ်တမ်းများအား ကြည့်ရှုကောင်း ကြည့်ရှုမည် ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်မှ ရေးသား သဘောတူခွင့်ပြုထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် သတင်းအချက်အလက်များအား ထုတ်ဖော်မှုပြုမည် မဟုတ်ပေ။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်-

- ဝန်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ် လက်ခံရယူချိန်တွင် ကျွန်ုပ်၌ လုပ်ပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ ရှိပေသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများတို့နှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်ထံသို့ ပေးအပ်ထားပြီး ဖြစ်ပါသည်။
- ဝန်ထမ်းများသည် ကျွန်ုပ် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သေချာအောင် နှစ်ကြိမ်စစ်ဆေးမှု ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ် မည်သည်တို့အား ဆောင်ရွက်ထားပြီးဖြစ်ကြောင်း မေးမြန်းမည်ဖြစ်သည်။ ဤသည်မှာ ကျွန်ုပ်အား အန္တရာယ်ကင်းရှင်းစေရန်အတွက်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည် သိရှိပါသည်။
- Bronson သည် အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း စနစ်တစ်ခုအား အသုံးပြုပြီး၊ အဆိုပါစနစ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်များအား အဆိုပါ အချက်အလက်များကို ဝင်ရောက်ရယူရန် လိုအပ်သည့် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူများထံသို့ မျှဝေစေနိုင်ခွင့်ပြုသည်။ ကျွန်ုပ်အတွက် ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား ထောက်ပံ့ပေးရန် နှင့် စီမံခန့်ခွဲပေးရန်အတွက်ငှာ ဤအချက်အလက်များအား အသုံးပြုသွားမည် ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်သည် ကျွန်ုပ်၏ အသက်တာဘဝ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအား တိုးတက်မှုရှိစေရန်အတွက်ငှာ ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား ပြောင်းလဲမှု ပြုလုပ်ကောင်း ပြုလုပ်မည်ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်သည် ကျွန်ုပ် ယခင်က သို့မဟုတ် လက်ရှိ၌ တွေ့ဆုံပြသဖူးသည့် အခြားသော ဆရာဝန်များဖြင့်လည်း လက်တွဲလုပ်ဆောင်ကောင်း လုပ်ဆောင်သွားမည် ဖြစ်သည်။
- အချို့သော ဆရာဝန်များ၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးပညာရှင်များ နှင့် ရောဂါဗေဒပညာရှင် ဆရာဝန်များတို့သည် Bronson ၏ ဝန်ထမ်းများ မဟုတ်ကြကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိထားပါသည်။ အဆိုပါဆရာဝန်များသည် မိမိတို့ ထောက်ပံ့ပေးသော ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွက် မိမိတို့ တာဝန်ယူကြပေမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွင်း ပါဝင်ကူညီပေးသူ တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် ကျွန်ုပ်၏ သွေး သို့မဟုတ် အခြားသော ခန္ဓာကိုယ်အရည်များဖြင့် ထိတွေ့မိပါက ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူခွင့်ပြုချက် မပါရှိဘဲ ကိုယ်ခံစွမ်းအားကျရောဂါပိုး (HIV ၊ ကိုယ်ခံအားကျကူးစက်ရောဂါ (AIDS) ဗိုင်းရပ်စ်ပိုး) စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် အခြားသော သွေးစစ်ဆေးမှုများအား ဆောင်ရွက်ကောင်း ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ ဤတွင် ဥပမာတစ်ခုမှာ အရေပြား ဖြတ်ရှမိခြင်း ဖြစ်ပါသည်။
- လုံခြုံရေး အကြောင်းအရင်းများအတွက်ငှာ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်ထံ၌ အခြားသူများ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကိုယ်ကို ကျွန်ုပ် ထိခိုက်မိစေနိုင်သည့် ပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် အရာဝတ္ထုများ ရှိကောင်း ရှိနေနိုင်သည်ဟု ကျိုးကြောင်းသင့်တင့်စွာ ယုံကြည်ရပါက ကျွန်ုပ်၏ လူ နှင့် ကျွန်ုပ်၏ ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်းများတို့ကို ရှာဖွေမှု ပြုလုပ်ကောင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။
- ရုံးခန်းအတွင်း၌ ရယူသည့် အားလုံးသော ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ်မှု နမူနာများအား (ဥပမာ - ဓာတ်ခွဲခန်း၊ ရောဂါဗေဒအခန်း၊ ကလပ်စည်းဗေဒအခန်း အစရှိသည်တို့မှ နမူနာများအား) လူနာမှ အခြားတစ်မျိုးတစ်မည် အသိပေးအကြောင်းကြားထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ အဆိုပါတို့အား လုပ်ငန်းစဉ်ဆောင်ရွက်မှုပြုလုပ်ရန်အတွက်ငှာ Bronson Hospital ဆေးရုံသို့ ပေးပို့သွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ စစ်ဆေးမှုများသည် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်အတွင်း အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံခြင်း ရှိမရှိအား ကျွန်ုပ်၏ အာမခံကုမ္ပဏီမှ အတည်ပြုထောက်ခံပေးနိုင်မည် ဖြစ်သည်။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ - Bronson အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများအား အောက်ဖော်ပြပါထံသို့ ထုတ်ပြန်ကောင်း ထုတ်ပြန်နိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည် -

- အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များ နှင့် နစ်နာကြေး၊ ရပိုင်ခွင့် တောင်းဆိုမှုဆိုင်ရာ စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးသူများ။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်(များ) နှင့် ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွင်း ပါဝင်နေသည့် အခြားသူများ။
- အကယ်၍ ဝန်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်မှ တောင်းဆိုထားခြင်းဖြစ်လျှင် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများသည် အလုပ်သမား လျော်ကြေး တောင်းဆိုမှု သို့မဟုတ် အခြားသော လုပ်ငန်းခွင်နှင့်သက်ဆိုင်သည့် ဖြစ်ရပ်တစ်ခုခုတို့ဖြင့် ဆက်နွယ်နေခဲ့လျှင် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်ထံသို့။
- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာ အားလုံး သို့မဟုတ် ကြီးကြီးမားမား တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအား ပေးချေပေးရန်အတွက် တာဝန်ရှိသောသူ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း။
- ဥပဒေရေးရာ မိန့်မှာချက် သို့မဟုတ် အခြားသော ဥပဒေရေးရာ လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုအား တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်သည့်အနေနှင့်ငှာ (Bronson ၏ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေများ နှင့် အေးဂျင့်များ အပါအဝင်) သက်ဆိုင်သူ၏ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေများ နှင့် အေးဂျင့်များ။
- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာအတွက် ပေးချေမှုအား ရယူရန် သို့မဟုတ် တရားရုံး မိန့်မှာချက်တစ်ခုအား တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်ရန် အစရှိသည်တို့အတွက် လိုအပ်သည်နှင့်အညီ သက်ဆိုင်ရာ တရားရုံးများ။

"မြင့်မားစွာ လျှို့ ဝှက်ထိန်းသိမ်းထားသော အချက်အလက်များ" ဟု ဆိုရာတွင် ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက်သေစာ စွဲလန်းမှု၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု၊ ကိုယ်ခံစွမ်းအားကျ ရောဂါပိုး (HIV) သို့မဟုတ် ဆက်နွယ်သည့် နာမကျန်းဖြစ်မှု အစရှိသည်တို့နှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ ပါဝင်ပြီး၊ အဆိုပါအချက်အလက်များအား ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများ လက်အောက်တွင် အထူး သီးသန့် ကာကွယ်မှုပြုထားပြီး၊ သီးခြား ရေးသား ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် လျှောက်လွှာဖောင် မပါရှိဘဲ အဆိုပါအချက်အလက်များအား ထုတ်ပြန်မှုပြုမည် မဟုတ်ပေ။

ရပိုင်ခွင့်များ ခန့်အပ်မှု - ဤတာဝန်ခန့်အပ်မှုအား ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့သည့် နေ့စွဲမှစတင်ပြီး ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိသော သို့မဟုတ် ယခင်က လက်ခံရရှိခဲ့သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာပေးပို့နိုင်ခွင့် နှင့် ပေးချေမှုများ ရယူပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများ အားလုံးအား Bronson Healthcare Group ထံသို့ ပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ်များ ပေးချေမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော လုပ်ပိုင်ခွင့်များ အားလုံးအား Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ် ပေးအပ်ပါသည်။ ဆိုလိုသည်မှာ ဥပမာအားဖြင့် Bronson သည် -

- ငွေပေးချေမှုအား လက်ခံရယူရန် ရည်ရွယ်ချက်အတွက်ငှာ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ နှင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များထံသို့ ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ်များအား ပေးပို့ပြီး၊ ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။
- ပေးချေရန် ငြင်းဆန်မှုအား အယူခံဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်အား ပြောင်းလဲခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။
- ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ်တစ်ခုအတွက် ပေးချေမှုအား လက်ခံရရှိရန် တရားတဘောင်များ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ် ပါဝင်သက်ဆိုင်နေသော မည်သည့် တရားစွဲဆိုမှု သို့မဟုတ် တရားရေးလုပ်ငန်းစဉ်တွင်မဆို ကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် ပါတီအဖွဲ့တစ်ခုအနေနှင့် ပါဝင်၍ဖြစ်စေ လျှောက်ထားမှု ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ ဤတွင် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသည့် အားလုံးသော ကုန်ကျစရိတ်များ၊ အတိုးများ၊ ပြစ်ဒဏ်ကြေးများ နှင့် အကျိုးဆောင်ရှေ့နေကြေးများတို့ကို ရယူခြင်းလည်း ပါဝင်ပေသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ Bronson Healthcare Group ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်အတွက် ဖြေရှင်းရန်၊ ကင်းလွှတ်ရန် သို့မဟုတ် ငွေကြေးများ သိမ်းဆည်းထားရန် အခွင့်အရေးများ အားလုံးအား ကျွန်ုပ် စွန့်လွှတ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ Bronson Healthcare Group ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်အတွက် ပေးချေမှုအား ညှိနှိုင်းပေးမည့် သို့မဟုတ် ပြန်လည်ပေးလျော်ပေးမည့် ဆောင်ရွက်ချက်မှန်သမျှအား ပြုလုပ်နိုင်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ် စွန့်လွှတ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ အခြားသော ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်များ နှင့် သဘောတူညီချက်များ -

- Bronson Healthcare Group သို့မဟုတ် Bronson မှ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ အေးဂျင့်များသည် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စား အာမခံ အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်များ၊ အာမခံ အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံမှု၊ သို့မဟုတ် ငွေပေးချေမှု အရင်းအမြစ်တစ်ခုအား ရှာဖွေရယူရာတွင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် အကူအညီပေးအပ်သွားရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Bronson Healthcare Group ထံသို့ ကျွန်ုပ်၏ နေအိမ် နှင့်/သို့မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်း ဖုန်းနံပါတ်များအား ထောက်ပံ့ပေးထားမည် ဖြစ်ပါသည်။
- Bronson အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းအကောင့်အား ရှင်းလင်းရန်ငှာ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်မှ အကြွေးတင်ကောင်း အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ တစ်ခုခုအား ကောက်ခံရယူရန်ငှာ Bronson Healthcare Group အနေနှင့် အခကြေးငွေ ကောက်ခံနိုင်သော ကြိုးမဲ့ တယ်လီဖုန်းများ အပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းအကောင့်နှင့် ဆက်နွယ်သော တယ်လီဖုန်း နံပါတ်တစ်ခုခုအားဖြင့် ကျွန်ုပ်ထံသို့ တယ်လီဖုန်းဖြင့် ဆက်သွယ်ကောင်း ဆက်သွယ်မှုပြုလုပ်သည်ကို ကျွန်ုပ် သဘောတူလက်ခံပါသည်။ Bronson အနေနှင့် စာသား အမှာစကား(များ) သို့မဟုတ် Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် အီးမေးလ် လိပ်စာအား အသုံးပြုကာ အီးမေးလ်များ အစရှိသည်တို့ကို ပေးပို့ခြင်းအားဖြင့်လည်း ကျွန်ုပ်ထံသို့ ဆက်သွယ်ကောင်း ဆက်သွယ်မည်ဖြစ်သည်။ ဆက်သွယ်မှု နည်းလမ်းများတွင် ကြိုတင်အသံသွင်းထားသော/စကားသံတုဖြင့် အသံ အမှာစကားများ ပေးပို့ခြင်း၊ ထို့ပြင် သက်ဆိုင်ပါက အလိုအလျောက် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှု ဝန်ဆောင်မှုအား အသုံးပြုခြင်းတို့ ပါဝင်ကောင်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ် ပေးချေမှုအား ရယူရန်၊ ငွေပေးချေရန် ငြင်းဆန်မှုအတွက် အယူခံဝင်ရန် သို့မဟုတ် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်အား ပြောင်းလဲရန်၊ နှင့် ပေးချေမှု ရယူဖို့အတွက်ငှာ တရားစွဲဆိုမှုတစ်ခု လျှောက်ထားရန် အစရှိသည်တို့အတွက် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရရှိသော ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် Bronson Healthcare Group အား ကျွန်ုပ် အမည်ပြုပါသည်။

ပေးချေမှုပြုရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဝတ္တရား -

- ကျွန်ုပ်၏ Bronson Healthcare Group ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်များ ပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ကိုယ်၌တွင် တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- Bronson Healthcare Group ထံသို့ ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပြီး၊ ကျွန်ုပ်၏ ငွေပေးချေနိုင်စွမ်းနှင့်သက်ဆိုင်သော အာမခံ အချက်အလက်များ အားလုံး နှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ အားလုံးအား Bronson ထံသို့ ထောက်ပံ့ပေးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူလက်ခံပါသည်။
- အထူးကုတစ်ဦးမှ ထောက်ပံ့ပေးသော ကုသမှုများအတွက် လိုအပ်သော ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် မှန်သမျှအား လည်ပတ်ပြသမှုမတိုင်မီတွင် ထောက်ပံ့ပေးထားကြောင်း သေချာအောင်ဆောင်ရွက်ရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဝတ္တရားဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ အကယ်၍ စီစဉ်ထားသော လည်ပတ်ပြသမှုမတိုင်မီတွင် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အား လက်ခံရရှိထားခြင်း မရှိလျှင် အခကြေးများအား ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ပေးချေရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံစောင့်ရှောက်မှု ဆရာဝန်သည် Bronson Healthcare Group မှ သမားတော်တစ်ဦး မဟုတ်လျှင် ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံစောင့်ရှောက်မှု သမားတော်ထံမှ လိုအပ်သော ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် မှန်သမျှ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်အား ရယူ၍ Bronson Healthcare Group ထံသို့ လက်ဆင့်ကမ်းပေးပို့ရန် ကျွန်ုပ်ထံ၌ တာဝန်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ ကုသမှုမတိုင်မီ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အား လက်ခံရရှိခြင်း မရှိလျှင် ကျွန်ုပ်သည် ငွေကြေးဆိုင်ရာများအတွက် တာဝန်ရှိပြီး၊ အခကြေးများအား ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ပေးချေရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။
- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်၏ အာမခံ ကုမ္ပဏီသည် ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုစာချုပ်တစ်ခုအား Bronson ဖြင့် ချုပ်ဆိုထားခဲ့လျှင် Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ပေးချေရမည်ဖြစ်သော ငွေကြေးဆိုင်ရာ တာဝန်ဝတ္တရားသည် စာချုပ်အောက်တွင် အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံထားခြင်းမရှိဟု ဆုံးဖြတ်ခံထားရသည့် အရာများ နှင့် ပေးချေရမည်များတို့အပေါ်တွင်မူတည်ကာ အကန့်အသတ် ရှိကောင်း ရှိမည် ဖြစ်သည်။ အာမခံ ပေးချေမှုများ မှန်သမျှအား သက်ရောက်အသုံးချပြီးသည့်နောက် ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဝတ္တရားအဖြစ် ကျန်ရစ်သော လက်ကျန်စာရင်းများ မှန်သမျှအား Bronson မှ ကျွန်ုပ်ထံသို့ အသိပေးအကြောင်းကြားမည် ဖြစ်ပါသည်။
- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်၏ အာမခံ ကုမ္ပဏီသည် Bronson ဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုစာချုပ် ချုပ်ဆိုထားခြင်း မရှိလျှင် ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံမှ အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံပေးခြင်းမရှိသော Bronson ၏ ငွေကောက်ခံမှုများ အားလုံးအား ပေးချေရန် လိုအပ်မည် ဖြစ်သည်။ Bronson ၏ အခကြေးကောက်ခံမှုများ နှင့် ကျွန်ုပ်၏ စာချုပ်ချုပ်ဆိုထားခြင်းမရှိသော အာမခံ ကုမ္ပဏီမှ ပေးချေသည့် ပမာဏများအကြား ခြားနားချက်တစ်ခုခုရှိလျှင် အဆိုပါခြားနားချက်အား ပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိသည်။

BRONSON	Affix Patient Label
	Patient Name: Date of Birth:

- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ မရှိလျှင် ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွက်ဌာ Bronson Healthcare Group ထံမှ ကုန်ကျစရိတ်ကောက်ခံမှုများ အားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်သည် Bronson Healthcare Group ထံသို့ ပေးချေရမည် ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြပါတို့အတွက် တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည် -
  - အာမခံအပြင် ထပ်မံပေးချေမှုများ
  - အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံပေးခြင်းမရှိသော ကုန်ကျစရိတ်ကောက်ခံမှုများ
  - အကြိုနုတ်ယူဖြတ်တောက်မှုများ
  - အချို့သော ဆေးဝါးများ
- ကျွန်ုပ်၏ ဝန်ဆောင်မှုများအပြီးနောက် Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ် အကြွေးကျန်ရှိနေလျှင် ကျွန်ုပ်သည် လစဉ် ငွေတောင်းခံလွှာ ဖော်ပြချက်များအား လက်ခံရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အဆိုပါဖော်ပြချက်အတွင်းတွင် စောင့်ဆိုင်းနေသော အာမခံ ပေးချေမှုများ၊ ထို့ပြင် ကျွန်ုပ်၏တာဝန် လက်ကျန်ငွေစာရင်း မှန်သမျှတို့ ပါဝင်မည် ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ် တာဝန်ရှိသော ပမာဏအား ငွေတောင်းခံလွှာ ဖော်ပြချက်အား ရရှိပြီးသည်မှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်းတွင် အပြည့် ပေးချေရန် မျှော်မှန်းထားပြီး၊ ရက်ပေါင်း 120 ကျော်သော လက်ကျန်စာရင်းများအား စုဆောင်းကောက်ခံမှုများသို့ ပေးပို့မည် ဖြစ်သည်။ တရားရုံး ကုန်ကျစရိတ်များ နှင့် ကျိုးကြောင်းသင့်တော်သော အကျိုးဆောင်ရှေ့နေ အခကြေးများတို့အပါအဝင် စုဆောင်းကောက်ခံမှု ကုန်ကျစရိတ်များ အားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်ထံ၌ တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- အကယ်၍ ဝန်ဆောင်မှုများအား တစ်နေ့တည်းတွင်ပင် ထောက်ပံ့ပေးခဲ့ခြင်းဖြစ်လျှင်ပင် ကျွန်ုပ် ရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သမားတော်ကြေး နှင့် အထွေထွေ ဝန်ဆောင်မှုစရိတ် အခကြေးများ နှစ်မျိုးစလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်အား ငွေတောင်းခံလွှာ ပေးပို့နိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် မေ့ဆေးဆရာဝန်များ၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးပညာရှင်များ နှင့် ရောဂါဗေဒပညာရှင် ဆရာဝန်များတို့ထံမှ *သီးခြား ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်များ* အား ရရှိကောင်း ရရှိနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အကယ်၍ ဤဘေလ်များအား ကျွန်ုပ်၏ အာမခံမှ အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံပေးခြင်း မရှိလျှင် ဤဘေလ်များအား ပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ထံ၌ တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ Bronson အနေနှင့်မူ ဤငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်များအား ပေးချေရန်အတွက် တာဝန်မရှိပေ။
- ပြန်လာသော ချက်လက်မှတ်များ အားလုံးအတွက် $25.00 အား ကောက်ခံမှုပြုမည် ဖြစ်သည်။ ဖော်ပြချက်တစ်စောင်အား လက်ခံရရှိပြီးသည့်အပေါ်တွင် ဤကုန်ကျစရိတ်အား ခရစ်ဒစ်ကတ်၊ ငွေကြေး အမှာစာ မန်နီးအော်ဒါ သို့မဟုတ် ငွေသားဖြင့် ပေးချေရန် လူနာများထံ၌ တာဝန်ရှိပေသည်။
- အသက် 18 နှစ်အောက် လူနာများ (အသက်မပြည့်သေးသူများ) အတွက်မူ မိဘများ၊ အုပ်ထိန်းသူများ၊ သို့မဟုတ် အဖော်လိုက်ပါပေးသူမရှိသည့် အသက်မပြည့်သေးသူများသည် ဤကုသမှုအတွက် အထွေထွေ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် နှင့် စာရင်းသွင်းမှု သတင်းထုတ်ပြန်ခွင့် လျှောက်လွှာဖောင်အတွင်းမှ သတ်မှတ်ချက်စည်းမျဉ်းများနှင့် ပတ်သက်သော တာဝန်ဝတ္တရားအား အသိအမှတ်ပြုရပေမည်။
- အကယ်၍ အခြေအနေတစ်ရပ်ရပ်တွင် သင်သည် သင်၏ လက်ကျန်စာရင်းဖော်ပြချက်အား ပေးချေရန်အတွက် မတတ်စွမ်းနိုင်တော့လျှင် Bronson Healthcare Group ထံ၌ သင့်အတွက် အခြားသော ပေးချေစရာနည်းလမ်း ရွေးချယ်မှုများ ရရှိနိုင်ပေသည်။
  - *မေးခွန်းများ တစ်စုံတစ်ရာရှိပါက ကျေးဇူးပြုပြီး ငွေကြေးဆိုင်ရာ အကြံပေးအတိုင်ပင်ခံထံသို့ ဆက်သွယ်ပါ သို့မဟုတ်* ***269-341-6117*** *သို့ ခေါ်ဆိုပါ။*

အကယ်၍ ဤ ကုသမှုအတွက် အထွေထွေ ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် နှင့် စာရင်းသွင်းမှု သတင်းထုတ်ပြန်ခွင့် လျှောက်လွှာဖောင်အတွင်းမှ ပြဌာန်းချက်တစ်ခုခုအား တရားရုံးမှ တရားမဝင်တော့ကြောင်း သတ်မှတ်ဆုံးဖြတ်ခဲ့လျှင် အဆိုပါ ပြဌာန်းချက်မှလွဲ၍ ကျန်ရှိသော ပြဌာန်းချက်များသည် ဆက်လက် သက်ရောက်မှုရှိဆဲဖြစ်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သဘောတူလက်ခံပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာဖောင်အား ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပြီး၊ နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၌ ရှိသော မေးခွန်းများ အားလုံးအား ဖြေကြားပေးခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍လူနာသည် အသက်မပြည့်သေးသူ (အသက် 18 နှစ် သို့မဟုတ် အဆိုပါအသက်အရွယ်အောက်) ဖြစ်လျှင် မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူမှ အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပေးရမည် ဖြစ်သည်။

ဤလျှောက်လွှာဖောင်သို့ အပြောင်းအလဲပြုလုပ်မှုများ သို့မဟုတ် အခြားသောပြောင်းလဲမှုများသည် Bronson Healthcare Group/သို့မဟုတ် ၎င်း၏ မိတ်ဖက် အဖွဲ့အစည်းများအပေါ်သို့ သက်ရောက်ချည်နှောင်မှု မရှိပေ။

လူနာ၏ လက်မှတ် -____ နေ့စွဲ -__________ အချိန် -__________

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် -______________________________ နေ့စွဲ -__________ အချိန် -__________

လူနာသို့ ဆက်နွယ်ပုံ - ____

သက်သေဖြစ်သူ၏ လက်မှတ် -___________________________________ နေ့စွဲ -__________ အချိန် -__________

Witness Statement: I obtained verbal consent via phone from parent/guardian. Two staff witnesses are required.

Witness Signature: ____ Date: _________ Time: __________

Witness Signature: ____ Date: _________ Time: __________

Interpreter's Statement:

I have interpreted this consent form to the patient, a parent, closest relative or legal guardian.

Voice/Video Service: ____________________________ Interpreter ID #: ______________ Date:__________ Time:___________

Interpreter Name *(printed)*: ____ Agency: _______________________

Interpreter Signature: ____ Date:__________ Time:___________