

CHOMPERS!
Bringing Dental Care To Kids!



ကျောင်းတွင်း သွားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ CHOMPERS! သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်

828-7583

သွားစစ်ဆေးမှုများ နှင့် ဓါတ်မှန်များ

* သွားသန့်စဉ်မှုများ နှင့် ဖလိုရိုက် ကုထုံးများ*

သွားစေ့မှုများ

သွားပြင်ဆင်မှုများ (အပေါက်ဖာခြင်း)

ခံတွင်းကျန်းမာရေး ပညာပေး

အဆင့်မြင့် ကုသမှုများအတွက် ညွှန်းချက်များ

ကျေးဇူးပြု၍ ဤဖေါင်အား လစ်လပ်မှုမရှိအောင် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ဤအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခြင်းဖြင့် မည်သည့် အိတ်ဆိုက် ကုန်ကျစရိတ်မှ ပေးစရာမလိုပါ။

သွားကျန်းမာရေး အာမခံ မရှိသည့် ကျောင်းသားများအတွက်လည်း စရိတ်ငြိမ်း ကုသပေးမည်။

ပါဝင်ကူညီ ထောက်ပံ့သည့် အဖွဲ့အစည်းများ



Department
of Health





CHOMPERS သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်၏ ရည်ရွယ်ချက်သည် မိသားစုသွားဆရာဝန် မရှိသည့် ကျောင်းသား/သူများအား သွားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးရန်ဖြစ်ပြီး၊ ရာသက်ပန် သွားဆေးခန်းနှင့် ချိတ်ဆက်ပေးရန် ဖြစ်သည်။

အကယ်၍ သင့်တွင် သွားဆရာဝန်ရှိပါက ထိုဆရာဝန်နှင့် ဆက်လက်ပြသပါ။

ကလေးအမည်။ _____ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။ _____

_____ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသည် တခါမှ သွားဆရာဝန် မပြဘူးပါ။

_____ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးတွင် လက်ရှိကုသပေးနေသည့် ပုံမှန် သွားဆရာဝန် မရှိပါ။

_____ လွန်ခဲ့သည့် ၆လအတွင်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် သွားဆရာဝန်ထံသို့ ရောက်ခဲ့ဘူးသည်။

သွားဆရာဝန်အမည်။ _____ ဖုန်းနံပါတ်။ _____

လိပ်စာ။ _____

သင့်ကလေးအား ကျောင်းသွားဆရာဝန်နှင့် ပြသဘူးပါသလား? ပြဘူးသည်/မပြဘူးပါ

လူမျိုး/မျိုးနွယ်စု (စာရင်းပြုစုရန် အတွက်သာ) သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးကို ဖြေဆိုပါ -

_____ လူဖြူ _____ လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် _____ အမေရိကန် အင်ဒီယန်း/အလားစကန်နွယ်ဖွား

_____ အာရှတိုက်သား _____ စပိန်မျိုးနွယ် _____ ဟာဝါယန်းနွယ်ဖွား/ပစိဖိန်ကျွန်းသား

ပါဝင်ရန် သဘောတူညီ ခွင့်ပြုခြင်း

- ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား သွားစစ်ဆေးခြင်း၊ ဓါတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ သန့်စင်ခြင်း၊ ဖလိုရိုက်၊ သွားဖာခြင်း၊ နှင့် သွားဖြည့်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုတို့ကို ပေးရန် သဘောတူသည်။
- အကယ်၍ ကျွန်ုပ် ကလေး၏ သွားအား နှုတ်ရန် လိုအပ်လာပါက၊ ထိုဝန်ဆောင်မှုမပေးမည် ကျွန်ုပ်အား ဆက်သွယ်မည် ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသွားအပေါက်ဖာရန်အတွက် ဒေသတွက် ထုံဆေးဖြစ်သော "novocaine" အား အသုံးပြုနိုင်လည်းရန် ခွင့်ပြုသည်။
- ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်သည် ကျွန်ုပ်၏ကလေး တက်ရောက်နေသည့် ဤကျောင်း၏ စာသင်နှစ် တ(၁)နှစ်တိတိ အကြုံးဝင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။
- ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ ပြောင်းလဲခဲ့ပါမူ၊ သွားကုသပေးသူ သို့မဟုတ် ကျောင်းသူနာပြုထံသို့ အကြောင်းကြားရမည်မှာ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ တာဝန်ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ် ကလေး၏ သွားကျန်းမာရေးနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ကျောင်းသူနာပြု၊ သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာ တာဝန်ခံသို့ မျှဝေနိုင်ကာ၊ ၎င်းနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်အားလုံးတို့ကို CHOMPERS တွဲဘက်အဖွဲ့အစည်းများအတွင်း လုံခြုံစွာ သိမ်းထားမည် ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။
- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တွင် သွားကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိခဲ့ပါက ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းသို့ ငွေစာရင်း တင်ပြတောင်းခံခွင့်ကို ပေးအပ်ပါသည်။
- Baker Victory Dental Center ၏ လုံခြုံရေးလုပ်ငန်းစဉ်များ နှင့် အခွင့်အရေးများကိုလည်း ကျွန်ုပ်အား ပေးအပ်ပြီး ဖြစ်သည်။
- Baker Victory Dental Center မှ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းစဉ်များ နှင့် အစီအစဉ် စီစဉ်ရေးတို့အတွက် အသုံးပြုသွားမည် ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း သိရှိနားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်မှ သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်အကြောင်းကို ကောင်းစွာဖတ်ရှု သဘောပေါက်ပြီး၊ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား CHOMPERS သွားအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့်ကို ခွင့်ပြုအပ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား CHOMPERS အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့် ပေးသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား ပါဝင်ခွင့်မပေးပါ။

မိဘ အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်

မိဘအုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်

ကလေးနှင့် တော်စပ်ပုံ

ယနေ့ နေ့စွဲ



CHOMPERS! သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်
BAKER VICTORY DENTAL CENTER
 716-828-7583



| | | | | | |
|--|--------|-----------------------------------|--------------------------|--------------|--------|
| ကလေးအမည်။ | | မွေးနေ့။ | | ကျား / မ | |
| လိပ်စာ။ | | မြို့။ | | စာပို့အမှတ်။ | |
| (အိမ်)ဖုန်း။ | | ဆိုရှယ် # | | အတန်း။ | |
| မိဘအမည်။ | | | | ဆဲလ်ဖုန်း။ | |
| မိဘ အီးမေးလ်လိပ်စာ။ | | | | အလုပ်ဖုန်း။ | |
| သင့်ကလေးတွင် အောင်ပါ ကျန်းမာရေး အခြေအနေများ ရှိနေပါသလား? | | | | | |
| AIDS/HIV | ရှိသည် | မရှိပါ | ပန်းနာရင်ကျပ်ရောဂါ | ရှိသည် | မရှိပါ |
| သွေးလွန်ခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ | မွေးရာပါ နှလုံးရောဂါ | ရှိသည် | မရှိပါ |
| သတိမေ့ခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ | တက်ခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ |
| နှလုံး အားနည်းခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ | အကြားအာရုံပျက်ခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ |
| နှလုံးရောဂါ | ရှိသည် | မရှိပါ | အူလမ်းကြောင်းပြဿနာများ | ရှိသည် | မရှိပါ |
| အသံရောင်အသားဝါရောဂါ | ရှိသည် | မရှိပါ | ခုခံအားကျဆင်းခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ |
| လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ရောဂါ | ရှိသည် | မရှိပါ | သွေးတိုးခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ |
| စိတ်ရောဂါ | ရှိသည် | မရှိပါ | အဆစ်အစားထိုး ကုသထားခြင်း | ရှိသည် | မရှိပါ |
| သင့်ကလေးအား အပြင်းအထန်ထိခိုက်မှုကြောင့် ဆေးရုံတင်၊ ခွဲစိတ်ကုသဘူးပါသလား? ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ | | | | | |
| ဘာအတွက်ကြောင့် တင်တာလဲ / ဘယ်တုန်းကလဲ? | | | | | |
| သင့်ကလေးသည် နေ့စဉ် ဆေးဝါး သောက်သုံးနေရပါသလား? (ကျေးဇူးပြု၍ ဝိုင်းပြပါ) ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ | | | | | |
| ကျေးဇူးပြု၍ နေ့စဉ်သုံး ဆေးဝါးများကို ဖော်ပြပေးပါ။ | | | | | |
| သင့်ကလေးသည် အောက်ဖော်ပြပါတို့နှင့် ဓါတ်မတည့်သည်များ ရှိပါသလား? (ကျေးဇူးပြု၍ ဝိုင်းပြပါ) ရှိသည် မရှိပါ | | | | | |
| လှေတက်စံသားရေ သစ်စေ့များ ရာသီပေါ် သစ်စေ့များ အစားအစာ အနုဖိစေး ပင်နီစလင် အခြား | | | | | |
| သင့်ကလေးတွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိပါသလား? (ကျေးဇူးပြု၍ ဝိုင်းပြပါ) ရှိသည် မရှိပါ | | | | | |
| အစီအစဉ်။ ဆရာဝန်။ | | | | | |
| ကျန်းမာရေး အာမခံ အချက်အလက်များ | | | | | |
| အာမခံမရှိ။ | | (သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံချက် မရှိ) | | | |
| မယ်ဒီကီဒီ အာမခံချက်။ | | ID # | SEQ # | | |
| (စာလုံး ၂လုံး၊ #၅၃၊ စာလုံး၁လုံး၊ ဥပမာ AB12345C) | | (BENEFITကဒ်အောက်ရှိ #၂၃၊ ဥပမာ 01) | | | |
| ပြင်ပ သွားအာမခံ | | ID # | အဖွဲ့ # | | |
| အစီအစဉ် အမည် | | အာမခံလုပ်ငန်း ဖုန်းနံပါတ် | | | |
| ပေါ်လစီပိုင်ရှင် အမည် | | မွေးနေ့ | | | |
| အလုပ်ရှင် | | ဆိုရှယ်နံပါတ် # | | | |
| အရေးပေါ် အဆက်အသွယ် (အထက်တွင် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် မိဘအဆက်အသွယ် မှ အပ၊ အခြားတခု) ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည်။ ကလေးနှင့် တော်စပ်ပုံ။ | | | | | |
| ဖုန်းနံပါတ် (အိမ်ဖုန်း) | | (ဆဲလ်ဖုန်း) | | (အလုပ်ဖုန်း) | |



CHOMPERS! သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်
 BAKER VICTORY DENTAL CENTER
 716-828-7583



အောက်တွင်ပါရှိသည့် ကွက်လပ်တွင် သင့်ကလေး ယခင် တခေါက်
 ရရှိခဲ့သည့် သွားကုသမှုဆိုင်ရာ ဖော်ပြလိုသည်တို့ကို ရေးသားပါ -



CHOMPERS! သွားကျန်းမာရေးအား ရွေးချယ်ခြင်းကို ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

လုံခြုံရေးလုပ်ငန်းစဉ်များ နှင့် အခွင့်အရေးများပါရှိသည့် အောက်ပါ စာရွက်များကို
 ဖြေယူ သိမ်းဆည်းထားပါ။



လုံခြုံစွာ ကာကွယ်ထားသည့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ လုပ်ငန်းစဉ်များ နှင့် အစီအစဉ် စီစစ်ရေးတို့အတွက် အသုံးပြုရန် ခွင့်ပြုချက်

အခန်း A

လုံခြုံစွာ ကာကွယ်စောင့်ရှောက်ထားသည့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ လုပ်ငန်းစဉ်များ နှင့် အစီအစဉ် စီစစ်ရေးတို့အတွက် အသုံးပြုသွားခွင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်ပါသည်။

ဤသတင်းအချက်အလက်များအား အသုံးပြု တင်ပြသည့် အေးဂျင်စီ

Baker Victory ဝန်ဆောင်မှုများ

ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ် - (716) 828-7583

အေဂျင်စီ လိပ်စာ။

780 Ridge Road

Lackawanna, NY 14218

အခန်း B ဤခွင့်ပြုချက်နှင့် ပတ်သက်သည့် အရေးကြီး အချက်အလက်များ

- ကာကွယ်စောင့်ရှောက်ခံ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ လုပ်ငန်းစဉ်များ အတွက် အသုံးမပြုမီ ကျွန်ုပ်တို့၏ ခွင့်ပြုချက် လိုအပ်ကြောင်း နယူးယောက် ပြည်နယ်မှ ပြဋ္ဌာန်းထားသည်ကို နားလည်ပါသည်။
- အောက်ပါတို့ကို ဆောင်ရွက်ရန် အချက်အလက်များအား အေဂျင်စီမှ အသုံးပြု ဖော်ပြနိုင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။
 - ကျွန်ုပ်အတွက် စောင့်ရှောက်ကုသမှုပေးရန် ပြင်ဆင်ခြင်း၊
 - ကျွန်ုပ်၏ စောင့်ရှောက်ကုသမှုတွင် ပါဝင်သည့် အခြားသော ကျန်းမာရေး ပညာရှင်များနှင့် ဆက်သွယ်ခြင်း၊
 - အေဂျင်စီ၏ ကုသမှု ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အခြား ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတို့၏ ကုသစရိတ်တို့အား ရယူတောင်းခံခွင့်၊
 - ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အစီအစဉ်ထံသို့ အချက်အလက်များ ပေးအပ်ခွင့်၊
 - ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အစီအစဉ်ထံမှ ကုသစရိတ်များ တောင်းခံခွင့်၊
 - ကျွန်ုပ်ရရှိသည့် ကုသမှု အရည်အသွေးအတွက် စီစစ်မှုများ ပြုလုပ်ခွင့်။
- ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးကုသမှု ခံယူရန် အတွက် ဤခွင့်ပြုချက်တွင် လက်မှတ်ထိုးရန် လိုအပ်ကြောင်းကို သိရှိကာ၊ ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ အေဂျင်စီမှ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်ခံရရှိပြီးသည့်အပေါ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ လုပ်ငန်းစဉ်များ အတွက် လိုအပ်သလို အခြေတည် အသုံးပြုနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။
- အေဂျင်စီမှ အသုံးပြု ဖော်ထုတ်တင်ပြမည့် လုံခြုံစွာ ကာကွယ်စောင့်ရှောက်ထားသည့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ နှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ လုပ်ငန်းစဉ်များ အကြောင်းကို အေဂျင်စီ လုံခြုံကာကွယ်စောင့်ရှောက်မှု အသိပေးလွှာတွင် ထပ်လောင်းဖော်ပြထားကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။





လူနာ၏ ရပိုင်ခွင့်ဆိုင်ရာ အခွင့်အရေးများ

လူနာတစ်ဦးအနေဖြင့် သင့်တွင် အောက်ပါ အခွင့်အရေးများ ရယူပိုင်ဆိုင်ခွင့် ရှိပေသည် -

1. သတင်းအချက်အလက် မပေါက်ကြားရေး အပါအဝင်၊ သိက္ခာရှိစွာ လေးလေးစားစား ကုသမှု ခံယူခွင့်။
2. အသက်၊ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ လိင်၊ ကိုးကွယ်ရာဘာသာ၊ အိမ်ထောင်မှုအခြေအနေ၊ မျိုးနွယ်စု သို့မဟုတ် အစပြုရာ တိုင်းပြည်၊ သို့မဟုတ် မသန်မစွမ်းမှု၊ မည်သို့ပင် ဖြစ်စေကာမူ ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိခွင့်။
3. စင်တာတွင် ရရှိနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း သိရှိခွင့်။
4. ဆေးခန်းချိန်ပြင်ပ အရေးပေါ်အခြေအနေအတွက် ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှုများကို သိရှိခွင့်။
5. သင်၏ ဆရာဝန်ထံမှ သင်၏ လောလောဆယ် ဆေးစစ်တမ်း၊ ကုသခံယူမှုမှတ်တမ်း၊ နှင့် ဆေးဟောတမ်း အပြည့်အစုံကို သင် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်စွာနားလည်နိုင်မည့်ပုံစံဖြင့် ရယူထားခွင့်၊ ထိုမှတ်တမ်းများကို ဆေးဝါးကုသမှုအရ သင့်အား အသိပေးရန် အကြံပြုထားလျှင် သင့်ကိုယ်စား သင့်တော်သော သူတစ်ဦးထံ ကြည့်ရှုရယူနိုင်ခွင့်။
6. မည်သည့် ကုသခွင့်ကိုမျှ ခံရန်ယူရန် အခွင့်မပြုမီ၊ ဆိုင်ရာ ဆရာဝန်ထံမှ အနိမ့်ဆုံးအဆင့် ခွဲစိတ်မှုဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းစဉ် အတိအကျ၊ ကျန်းမာရေးအား အထူးသက်ရောက်နိုင်သည့် စွန့်စားမှုများ၊ ကုသမှုကြာချိန် သို့မဟုတ် မလုပ်မကိုင်နိုင်ချိန်တို့ အပါအဝင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ရန် လုံလောက်သည့် အချက်အလက်များကို ရရှိခွင့်ရှိသည်။ အကယ်၍ အခြား ထင်ရှားသည့် ကျန်းမာရေးကုသမှု တစ်ခုခု ရှိခဲ့ပါမူ သင်မှ သေခြာသည့် အကြံပေးမှု လက်ခံရရှိခွင့်။
7. ဥပဒေအလျောက် ခွင့်ပြုထားသည့် အတိုင်းအတာထိ ဆေးကုသခံယူမှုအား ငြင်းဆိုနိုင်ခွင့်၊ နှင့် ဆေးကုသမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော သင့်လုပ်ရပ်၏ အကျိုးဆက်ကို ကြိုတင်အသိပေး သိရှိခွင့်။
8. ကုသမှုနှင့် လျှော်ကန်သည့် အတိုင်းအတာနှင့် အညီ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ထားရှိခွင့်။ ဤသည်တွင် သင့်တော်သည့် ကျန်းမာရေး ကုသမှုပေးအပ်သူနှင့် သင့်အကြား ပြောဆိုဆွေးနွေးသည့် အကြောင်းအရာများကို ထည့်သွင်းရန် မလိုအပ်ပေ။
9. တရားဥပဒေ နှင့် တတိယပေးအပ်သူ တို့၏ လိုအပ်ချက်များမှအပ၊ သင့်၏ ကျန်းမာရေး ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များအား လုံခြုံစွာ ကာကွယ်ထိန်းသိမ်း ထားရှိခွင့်။
10. တရားဥပဒေ နှင့် တတိယ ပေးအပ်သူ စာချုပ်တို့မှ တောင်းဆိုသည်မှအပ၊ သင့်ကျန်းမာရေး ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များ အား အခြား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးအပ်သူများ နှင့် ဖလှယ်နှီးနှောမှုအား အခွင့်ပေးခွင့်၊ သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခွင့်။
11. ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဥပဒေ အခန်း ၁၈၊ အပိုင်း ၅၅-၇ နှင့်အညီ၊ သင့်ကျန်းမာရေး အထောက်အထားများအား လက်ဝယ်ရယူ ပိုင်ဆိုင်ခွင့်။
12. သင့်၏ ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းအား ကြည့်ရှုခွင့်နှင့်၊ မိတ္တူရယူလိုပါက စင်တာထံမှ သင့်လျော်သည့် နှုးထားနှင့် ပေးချေကာ ရယူပိုင်ခွင့်။ သင့်မှ ငွေမပေးနိုင်ခြင်း တရုတ်တည်းအပေါ် မူတည်၍ သင့်အား မိတ္တူပေးရန် ငြင်းဆိုနိုင်ခြင်း လုံးဝ မရှိပေ။
13. ကုသမှုအတွက် ကုန်ကျစရိတ်တို့ကို သိရှိခွင့်ရှိကာ၊ တတိယပေးအပ်သူမှ ပြန်လည် သွင်းငွေများကို လက်ခံရရှိခွင့်ရှိပြီး၊ သက်ဆိုင်ပါက အခမဲ့ သို့မဟုတ် လျှော့စျေးဖြင့် ကုသမှု ခံယူခွင့်။
14. သင့်ကုသမှုနှင့် သင့်လျော်သည့် တောင်းခံချက်များအား Baker Victory Healthcare Center မှ သင့်တင့်လျောက်ပတ်စွာ ဖြေကြားချက်ကို ရရှိခွင့်။
15. တောင်းခံလာပါက၊ ဤဌာနတွင်း သင့်ကုသမှုတွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ကျသည့် ကျန်းမာရေး နှင့် ပညာရေး အဖွဲ့များ၏ သရုပ်သကန်ကို သိရှိခွင့်။
16. သုတေသနတွင် ပါဝင်မှုအား ငြင်းပယ်နိုင်ကာ၊ လူသားစမ်းသပ်မှု အခြေပြု ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုတို့ကို သင်၏ ခွင့်ပြုချက်ဖြင့်သာ ဆောင်ရွက်နိုင်ခြင်း။
17. ငွေပေးချေသော အရင်းအမြစ်ကို အပထမ၊ သင့် ကျသင့်ငွေ တောင်းခံမှုအား စစ်ဆေး ရှင်းလင်း သိရှိထားခွင့်။
18. လူနာတယောက်အနေနှင့် လိုက်နာရမည့် စည်းမျဉ်း၊ စည်းကမ်းများကို သိရှိထားခွင့်။
19. သင့်ရပိုင်ခွင့်နှင့် ပတ်သက်၍ တိုင်ကြားလိုသည်များ သို့မဟုတ် မေးခွန်းများ ရှိပါက Baker Victory Healthcare Center ၏ ဒါရိုက်တာထံသို့ တိုက်ရိုက် ဆက်သွယ်ပါ။ အကယ်၍ စင်တာ၏ ဖြေကြားချက်များသည် ကျေနပ်အားရဖွယ်မရှိပါက နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန ရုံးစနစ်များ စီမံခန့်ခွဲရေး ရုံးသို့ (716) 847-4307 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ခေါ်ယူ တိုင်ကြားနိုင်သည်။