



မိဆူရီမူလတန်းနှင့် အလယ်တန်းပညာရေးဌာန
အထူးပညာရေးရုံး - FIRST STEPS PROGRAM



**MO HEALTHNET/MEDICAID (ဆေးဝါးအကူအညီပေးမှုစီမံကိန်း)
ကိုသုံးရန် သဘောတူခွင့်ပြုချက်**

ကလေးနာမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	MEDICAID နံပါတ်	MEDICAID စတင်သည့် နေ့	ပြီးဆုံးသောနေ့
-----------	--------------	-----------------	-----------------------	----------------

ညွှန်ကြားချက်များ

First Stepsမှဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျသင့်ငွေတောင်းခံရန် MO HealthNet/ Medicaidထံ ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်ပေးလျှင် မိဘ၏သဘောတူခွင့်ပြုချက် လိုအပ်ပါသည်။
မိဘများကို First Stepsမှဝန်ဆောင်မှုများအတွက်ငွေပေးချေရာတွင် ကူညီရန် Medicaid ကိုအသုံးပြုခြင်း
 သဘောတူခွင့်ပြုချက်မယူခင် နှင့် First Stepsမှဝန်ဆောင်မှုများအတွက်သဘောတူခွင့်ပြုချက်များ မရယူခင် First Steps အခကြေးငွေပေါ်လစီစနစ် (First Steps System of Payments Policy) မိတ္တူအားပေးပါမည်။
 မိဘများ၏ သဘောတူညီခွင့်ပြုချက်ဖြင့် အောက်ပါFirst Stepsမှဝန်ဆောင်မှုများအတွက် Medicaidမှ ငွေပေးချေရာ တွင် ကူညီပါမည်။
 ကလေးငယ်များ၏ကြီးထွားဖွံ့ဖြိုးမှုအကဲဖြတ်ခြင်း(DAYC)၊ လူ့ချို့ယွင်းချက်များအတွက်အသုံးပြုသည့်ပညာသုံး ပစ္စည်းများ (Assistive Technology devices)၊ အသံပိုင်းနှင့်ဆိုင်သော(Audiology)၊ ဆွေးနွေးလမ်းညွှန်မှုယူခြင်း (Counseling)၊ ကျန်းမာရေး (Health)၊ ဆေးပညာ (Medical)၊ သူနာပြုခြင်း (Nursing)၊ အလုပ်အကိုင်နှင့်ဆိုင်သောကုထုံး (Occupational Therapy)၊ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာရောဂါကုထုံး (Physical Therapy)၊ စိတ်ပညာဆိုင်ရာ (Psychology)၊ လူမှုရေးဆိုင်ရာအလုပ်များ (Social Work)၊ စကားပြောခြင်း/ဘာသာစကားနှင့်ဆိုင်သော ရောဂါဗေဒ (Speech/Language Pathology) နှင့်အမြင်အာရုံဆိုင်ရာ(Vision)။
 First Stepsမှဝန်ဆောင်မှုများအတွက် Medicaidမှငွေပေးချေကာ ကူညီခြင်းမပြုလုပ်မီ မိဘများက ဤဖောင်ပုံစံ အားလက်မှတ်ထိုး ရက်စွဲတပ်ကာ ဝန်ဆောင်မှုစဉ်သူအား ပြန်လည်ပေးရမည်ဖြစ်သည်။ ဝန်ဆောင်မှုစဉ်သူ၏ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်များမှာ အောက်တွင်ပါရှိပါသည်။

သဘောတူခွင့်ပြုချက်

ကျွန်ုပ်တို့တွင် **First Steps အခကြေးငွေပေါ်လစီစနစ် (First Steps System of Payments Policy)**) မိတ္တူအား ရရှိထားကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ပေါ်လစီအား ပြန်လည်စမ်းစစ်ပြီးနောက် ရွေးပိုင်ခွင့်များမှ အောက်ပါ တို့ကို ရွေးပါသည်။

- Medicaidကို အသုံးပြုရန်သဘောတူခွင့်ပြုသည်
- Medicaidကိုအသုံးပြုရန်သဘောတူခွင့်ပြုခြင်းကို ငြင်းပယ်သည်
- NA,ကျွန်ုပ်တို့တွင် Medicaidမရှိပါ

မိဘ၏ ထိုးမြဲလက်မှတ်	ရက်စွဲ
ပုံနှိပ်စာလုံးဖြင့် မိဘ၏နာမည်	

ဝန်ဆောင်မှုစဉ်သူ

ဝန်ဆောင်မှုစဉ်သူ၏ နာမည်နှင့်နေရပ်လိပ်စာ	ဝန်ဆောင်မှုစဉ်သူ၏ ဖုန်းနံပါတ်
ကိုယ်စားပြုဌာန၏ ထိုးမြဲလက်မှတ်	ဌာနမှ လက်ခံရရှိသော ရက်စွဲ

မူလတန်းနှင့်အလယ်တန်းပညာရေးဌာနမှာ ၎င်းပရိုဂရမ်နှင့် လှုပ်ရှားမှုများတွင် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ၊ လိင်၊ မူရင်းနိုင်ငံသား၊ အသက်သို့မဟုတ် ချို့ယွင်းချက်စသည့်အချက်များပေါ်၌မူတည်၍ ခွဲခြားခြင်းမပြုလုပ်ပါ။ ဌာနမှပရိုဂရမ်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုနေရာ၊ လှုပ်ရှားမှုများနှင့် အဆောက်အအုံများသို့ ချို့ယွင်းချက်ရှိသောသူများအတွက်ခိုင်ရန် စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. သို့လမ်းညွှန်ပါသည်။ Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; ဖုန်းနံပါတ် 573-526-4757 သို့မဟုတ် TTY 800-735-2966; အီးမေးလ် civilrights@dese.mo.gov.