

**ပြည်သူ့အတွက် ဝင်ရောက်လျှောက်ထားနိုင်သည့်
ကျန်းမာရေး ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်မှုအကာအကွယ် (ဝါ) ပတ်သ် (PATH) Burmese**

Burmese

ကျွန်ုပ်တို့ကိုကူညီခြင်းအားဖြင့် သင့်ကိုကူညီနိုင်ရန် ကျေးဇူးပြု၍ ဤပုံစံကိုဖြည့်စွက်ပါ။
အချက်အလက်များကို လုံခြုံစွာသိမ်းဆည်းထားပါသည်။ ပတ်သ် တစ်ခုတည်းသုံးရန် အတွက်သာဖြစ်ပါသည်။

အမည် _____			
လိပ်စာ _____			
လိပ်စာနံပါတ်နှင့် လမ်း:	မြို့	ပြည်နယ်	အကွက်နံပါတ်
ဖုံးနံပါတ် (အိမ်) _____	(အိတ်ဆောင်၊ အလုပ် သို့မဟုတ် အခြားနံပါတ် _____)		

**ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့်ရှိမရှိသည် မိသားစုဝင်အရွယ်အစားနှင့် ဝင်ငွေပေါ်တွင်မူတည်ပါသည်။
အောက်ပါအချက်အလက်များက ကျွန်ုပ်တို့အား သင်ပါဝင်နိုင်မည့် ဆန်းစစ်မှုတွင်အထောက်အကူဖြစ်ပါသည်။**

- ၁။ သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်သားတစ်ဦးဦးတွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ **ဟုတ်ကဲ့ မရှိပါ**
- ၂။ အိမ်သားတစ်ဦးတွင်ရှိခဲ့သော် ထိုကာကွယ်မှုအောက်တွင် သင်ပါဝင်နေပါသလား။ **ဟုတ်ကဲ့ မပါပါ**
- ၃။ ပါခဲ့သော် မည်သည့်အမျိုးအစားပါလဲ။

- ၄။ မပါခဲ့သော် ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိပါပဲ။ သင်ဘယ်လောက်ကြာကြာနေထိုင်နေပါသနည်း။

- ၅။ သင့်အိမ်တွင် မည်သူက သင်နှင့်အတူနေသနည်း။ (အိမ်ထောင်ဦးစီးနှင့်တော်စပ်ပုံ နှင့်အသက်)

- ၆။ သင်၏မိသားစုဝင် ငွေဘယ်လောက်ရှိပါသလဲ။ (တစ်ခုကိုစိုင်းထားပြီး တန်ဖိုးငွေကိုရေးပါ။)
အပတ်စဉ် _____
နှစ်ပတ်တစ်ခါ _____
လစဉ် _____
နှစ်စဉ် _____
- ၇။ မိသားစုဝင်ထံ၌ မည်သူ့အလုပ်လုပ်သနည်း။

သူတို့ဘယ်မှာအလုပ်လုပ်ပါသလဲ။

- ၈။ သင် တစ်ဦးတစ်ယောက်နှင့်နေထိုင်နေသလား။
ဟုတ်ကဲ့ မနေပါ
- ၉။ သင်အလုပ်လက်မဲ့ခံစားခွင့်၊ အက်စ်အက်စ်အိုင် သို့မဟုတ် အက်စ်အက်စ်ဒီ လက်ခံရရှိနေပါသလား။
- ၁၀။ သင့်မှာ အခြားသောဝင်ငွေနည်းလမ်းရှိပါသလား။
ဟုတ်ကဲ့ မရှိပါ
- ၁၁။ သင် ဒါမှမဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးတွင် နာတာရှည်ရောဂါခံစားသူရှိပါသလား။
ဟုတ်ကဲ့ မရှိပါ
- ၁၂။ သင် ဒါမှမဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးတွင် ကျန်းမာရေးပြဿနာကြောင့် အနီးကပ် ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုခံယူနေသူရှိပါသလား။
ဟုတ်ကဲ့ မရှိပါ

	တော်စပ်ပုံ	အသက်	ကိုယ်ဝန်ရှိသလား
အရွယ်ရောက်			
ကလေး			