



# တောင်းဆိုမှုကို ပြန်ဖွင့်ရန် လျှောက်လွှာ အခြေအနေ ပိုဆိုးရွားလာမှုကြောင့်

တောင်းဆိုမှုတင်သွင်းချက် နံပါတ်

## အလုပ်သမားအချက်အလက်

သင်၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ပိုဆိုးရွားလာသဖြင့် လိုအပ်သော မည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများမဆို ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း သင့်အပိုင်းကို အပြည့်အစုံဖြည့်သွင်းပြီးနောက် ၎င်းအား သင့်ကုသပေးသူထံ တင်ပြပါ။ သင်မှ ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားပြီး သင်ပေးဆောင်ထားသောလျှောက်လွှာသည် သင်၏ ဆိုးရွားလာမှုကြောင့် လိုအပ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း ဌာန သို့မဟုတ် ကိုယ်တိုင်အာမခံသူမှ လက်ခံရရှိ ရပါမည်။

သင့်ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ပိုဆိုးလာပြီး သင်၏တောင်းဆိုမှုကို ရက်ပေါင်း 60 ကျော် ပိတ်ထားခြင်းဖြစ်မှသာလျှင် ဤပုံစံကို အသုံးပြုပါ။ အလုပ်တွင် ဒဏ်ရာ **အသစ်** ရပါက စက်မှုထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းခွင်ရောဂါ အစီရင်ခံစာပုံစံအသစ်ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

ပြန်လည်ဖွင့်လှစ်ခြင်းဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်မချမီ အချိန်ဆုံးရှုံးမှု အကျိုးခံစားခွင့် များကို ပေးချေပြီး သင့်တောင်းဆိုမှုကို ပြန်လည်မဖွင့်ပါ။ ထိုအကျိုး ခံစားခွင့်များကို သင် ပြန်ဆပ်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ ဌာနမှ ပြန်လည်ဖွင့်လှစ်သည့်လျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိပြီး ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း သင်၏ပြန်လည်ဖွင့်လှစ်သည့်လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက် အလက်များကို သင် ရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)	သင့်တောင်းဆိုမှု ပိတ်ကတည်းက သင့်နာမည်ပြောင်းသွားပါသလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် ယခင်အမည်ကို ရေးပါ -	
အိမ်ဖုန်း နံပါတ်	လူမှုဂရိတ်စ်ရေးနံပါတ် (ID အတွက်သာ)	
လက်ရှိ အိမ် နေရပ်လိပ်စာ	စာပို့လိပ်စာ (အိမ်နေရပ်လိပ်စာနှင့် မတူပါက)	
မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ်	မြို့၊ ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်
<input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်၏လက်ခံရရှိသောစာအား ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်စားလှယ်ထံသို့ ပေးပို့ရန် နှစ်သက်သည် (ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်နှင့် စာပို့လိပ်စာကို ပေးပါ)		

မူလဒဏ်ရာရသည့် ရက်စွဲ	တောင်းဆိုမှုပိတ်သည့်ရက်စွဲ
မူလဒဏ်ရာရရှိချိန်တွင် အလုပ်ရှင်	တောင်းဆိုမှုပိတ်ချိန်တွင် သင့်အားကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်၏အမည်အပြည့်အစုံ
ယခုဒဏ်ရာ/ရောဂါကြောင့် သင့်ခန္ဓာကိုယ်၏ မည်သည့်အစိတ်အပိုင်းများတွင် ထိခိုက်ပါသလဲ။	တောင်းဆိုမှုပိတ်ပြီးနောက် အခြေအနေ ပိုဆိုးလာသည့် ရက်စွဲ

သင်၏ လက်ရှိ ကျန်းမာရေးဆေးစစ်ခြင်းဆိုင်ရာ မကျေနပ်ချက်များက ဘာတွေလဲ။	တောင်းဆိုမှုပိတ်သည့်နေ့မှစ၍ သင့်တွင် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ/ရောဂါ အသစ်များ ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> မရှိပါ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် ရှိပါက ရှင်းပြပါ။
--	--

အလုပ်တွင်ဖြစ်စေ အခြားတွင်ဖြစ်စေ ထိခိုက်မှု/မတော်တဆမှု တစ်ခုကြောင့် သင့်အခြေအနေ ပိုဆိုးလာပါသလား။ <input type="checkbox"/> မရှိပါ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် ရှိပါက ရှင်းပြပါ။	တောင်းဆိုမှု ပိတ်ကတည်းက ဤအခြေအနေအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုတစ်ခုခုကို သင်ရရှိခဲ့ပါသလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် ဆရာဝန်(များ)၏ အမည်(များ) နှင့် လိပ်စာ(များ)ကို ရေးပါ။
--	---

ဆရာဝန်နာမည်	ဖုန်းနံပါတ်	ဆရာဝန်နာမည်	ဖုန်းနံပါတ်
မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ်		မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ်	

သင် အလုပ် လုပ်ပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက အဘယ်ကြောင့်နည်း။  အငြိမ်းစားယူသည်  အလုပ်မလုပ်နိုင်ပါ  အလုပ်ပြုတ်သည်  အလုပ်ထွက်သည် အလုပ် လုပ်ခဲ့သည့် နောက်ဆုံးရက် -

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင်လျှောက်ထားဖူးပါသလား သို့မဟုတ် သင်ရရှိပါသလား။  
 အလုပ်လက်ခံ  နာမကျန်းခွင့်  ပြည်သူ့အကူအညီ  အငြိမ်းစားခံစားခွင့်  မသန်စွမ်းမှု အာမခံ  
 အခြားစက်မှုအာမခံလျှော့ကြေးများ ရှိပါသလား။ (ဥပမာ၊ Longshore နှင့် Harbor Workers ၊ Jones Act ၊ Railroad)

လက်ရှိ သို့မဟုတ် နောက်ဆုံးအလုပ်ရှင်၏ အမည်စာလုံး

လိပ်စာ	ဖုန်း နံပါတ်
မြို့၊ ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်
လုပ်ငန်း အမျိုးအစား	ဤအလုပ်ရှင်အတွက် သင်မည်မျှကြာ အလုပ်လုပ်ခဲ့ပါလဲ။
သင့်အလုပ် ရာထူး နှင့် တာဝန်များ	

သင့်တောင်းဆိုမှုကို ပိတ်လိုက်ကတည်းက သင့်တွင် အခြားအလုပ်ရှင်များနှင့် အလုပ်ရထူးများရှိပါသလား။

မှတ်သားရန်- စက်မှုလုပ်ငန်းဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရယူရာတွင် မဟုတ်မမှန်ပြောဆိုမှု ပြုလုပ်သည့် ပြည်သူ နှင့် ပြစ်မှုဆိုင်ရာ ပြစ်ဒဏ်များ ချမှတ်နိုင်သည်။ ဤပြောဆိုချက်များသည် ကျွန်ုပ်၏ အသိဉာဏ်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် အကောင်းဆုံးနှင့် မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကြေငြာပါသည်။ ဤဖော်စပ်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရာတွင် ဆရာဝန်များ၊ ဆေးရုံများ၊ ဆေးခန်းများ သို့မဟုတ် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးမှတ်တမ်းများကို အလုပ်သမားနှင့်စက်မှုလုပ်ငန်းဦးစီးဌာနနှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်တိုင်အာမခံထားသော အလုပ်ရှင်ထံ ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်။

တောင်းဆိုသူ၏ လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

