

မသန်စွမ်းမှု ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်

ကျွန်ုပ် _____ (ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သူနာပြုဆေးကုသူ၏ အမည်) သည် ကျွန်ုပ်၏ လူနာဖြစ်သူ _____ အနေနှင့် လုံလောက်သော၊ ဝင်ငွေရရှိစေသော မည်သည့်အလုပ်အကိုင်ကိုမဆို လုပ်ဆောင်ရန် အဟန့်အတားဖြစ်စေသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ရှိနေကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ယင်းကျန်းမာရေးအခြေအနေသည် (12) လကြာ ဆက်တိုက် သို့မဟုတ် ထိုထက်ပို၍ ကြာခဲ့ပြီဖြစ်ပါသည်။ သို့မဟုတ် အဆိုပါကာလတွင် ဆက်ဖြစ်နေမည်ဟု သတ်မှတ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် အသက်ဆုံးရှုံးမှု ဖြစ်သွားနိုင်သည်ဟု သတ်မှတ်နိုင်ပါသည်။

ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သူနာပြုဆေးကုသူ၏ လက်မှတ်

ရက်စွဲ

ဖုန်းနံပါတ်

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အဆောက်အအုံ၏ စာပို့ရန်လိပ်စာ

ကျွန်ုပ် _____ သည် (12) လကြာ ဆက်တိုက် သို့မဟုတ် ထိုထက်ပို၍ ကြာခဲ့ပြီဖြစ်သော၊ သို့မဟုတ် အဆိုပါကာလတွင် ဆက်ဖြစ်နေမည်ဟု သတ်မှတ်နိုင်သော၊ သို့မဟုတ် အသက်ဆုံးရှုံးမှု ဖြစ်သွားနိုင်သည်ဟု သတ်မှတ်နိုင်သော မသန်စွမ်းမှုနှင့် ပတ်သက်၍ လူမှုဖူလုံရေးစီမံခန့်ခွဲမှုဌာနထံ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်လွှာတင်နေပါသည်။ သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခံခဲ့ရသော လျှောက်လွှာအတွက် အယူခံဝင်နေပါသည်။ မိမိ၏လျှောက်လွှာ မိတ္တူတစ်ပုံ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ငြင်းပယ်ခံခဲ့ရသဖြင့် အယူခံဝင်သည့်စာကို အထောက်အထားအဖြစ် ပူးတွဲထည့်သွင်းထားပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် တင်ထားသည့် လျှောက်လွှာမရှိပါက သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခံရသည့်စာ မရှိပါက စွမ်းအင်ထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်၏ အကူအညီရရှိနိုင်ခွင့်အတွက် ဆုံးဖြတ်ရာတွင် မိမိအနေနှင့် မသန်မစွမ်းဖြစ်နေသူတစ်ဦးအဖြစ် ထောက်ပံ့မှု ရရှိချင်မှရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

အိမ်ထောင်စုဝင်၏ လက်မှတ်

ရက်စွဲ

အေဂျင်စီကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်

ရက်စွဲ