

## အချက်အလက်

- အိမ်ခြေရာမဲ့မှုကို ကြိုတွေ့နေရသောသူသည် ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ထားသော အိမ်ခြေရာမဲ့ အခြေအနေ၏ ကျမ်းကျိန်လွှာကို ပေးခြင်းဖြင့် မွေးစာရင်း တရားဝင် မိတ္တူကို တရားဝင်ရရှိနိုင်ရန်အတွက် သူတို့၏ အထောက်အထားကို သက်သေပြနိုင်ပါသည်။
- လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ခြေရာမဲ့ အထောက်အပံ့ပေးအပ်သူ ဥပဒေဆိုင်ရာကိုယ်စားလှယ် **နှစ်ယောက်စလုံးသည်** ကျမ်းကျိန်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်ဖြစ်သည်။
- ကျမ်းကျိန်လွှာကို [Vermont မွေးဖွားခြင်း သို့မဟုတ် သေဆုံးခြင်း စာရင်းလက်မှတ်](#)<sup>1</sup> ၏ တရားဝင်မိတ္တူအတွက် လျှောက်လွှာဖြင့် တပါတည်း [တင်သွင်းလျှောက်ထားရမည်](#)။
- Vermont ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန ၏ အရေးကြီး အချက်အလက်များသိမ်းဆည်းသည့်ရုံးသည် လျှောက်ထားသူ၏ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုခြင်းအတွက် လိုအပ်သည့်အတိုင်း အပိုဆောင်း စာရွက်စာတမ်းများကို တောင်းခံပါမည်။

### Vermont မွေးစာရင်းလက်မှတ် တရားဝင် မိတ္တူကို ရရှိရန် အရည်ချင်းပြည့်မီမှု သတ်မှတ်ချက်များ -

- အိမ်ခြေရာမဲ့သူဖြစ်ကြောင်းအခြေအနေကို မှန်ကန်ကြောင်းအတည်ပြုနိုင်သော အိမ်ခြေရာမဲ့မှုကို ကြိုတွေ့နေရသောသူသည် တောင်းဆိုမှုများကိုလုပ်ဆောင်နိုင်ပါသည်။
- “အိမ်ခြေရာမဲ့သူ”သည် [42 အမေရိကန်နိုင်ငံ ကိုဥပဒေ အပိုဒ် \(U.S.C.\) 11302](#)<sup>2</sup> တွင်အနက်အဓိပ္ပာယ် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အဓိပ္ပာယ်ရပါသည်။
- [အရေးကြီး အချက်အလက်များသိမ်းဆည်းသည့် စည်းမျဉ်း](#)<sup>3</sup> တွင်အနက်အဓိပ္ပာယ်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း လူတယောက်၏ အိမ်ခြေရာမဲ့ အခြေအနေကိုသိရှိသော “အိမ်ခြေရာမဲ့ အထောက်အပံ့ပေးအပ်သူ” သည် ကျမ်းကျိန်လွှာကို ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် မှန်ကန်ကြောင်းအတည်ပြုရပါမည်။
- ပြီးပြည့်စုံရန် က အိမ်ခြေရာမဲ့ အထောက်အပံ့ပေးအပ်သူ ဥပဒေဆိုင်ရာကိုယ်စားလှယ် နှင့် မွေးစာရင်းလက်မှတ် လျှောက်ထားသူ အိမ်ခြေရာမဲ့သူ **နှစ်ဦးနှစ်ဖက်စလုံး** ကျမ်းကျိန်လွှာကိုလက်မှတ်ရေးထိုးရမည်ဖြစ်သည်။

### “အိမ်ခြေရာမဲ့ အထောက်အပံ့ပေးအပ်သူ” သည် အောက်ပါအတိုင်းပါဝင်ပါသည် -

- 1) “အိမ်ခြေရာမဲ့သူ” သို့မဟုတ် “အိမ်ခြေရာမဲ့သူ ကလေး သို့မဟုတ် လူငယ်” ကို အကူအညီပေးပေးရန် ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ အုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ ငွေကြေးအထောက်အပံ့ရရှိသော အစိုးရ သို့မဟုတ် အမြတ်အစွန်းအတွက်မရည်ရွယ်သော အစိုးရဌာနများ၊ သို့မဟုတ်ပါက ဒေသခံ အိမ်ခြေရာမဲ့ စောင့်ရှောက်ရေး “Continuum of Care” အဖွဲ့အစည်း၏ အထောက်အပံ့ပေးအပ်ရန် ခွင့်ပြုချက်ရထားသော အခြားသောအသင်းအဖွဲ့များ။
- 2) Vermont တွင် ရှေ့နေလိုက်ရန် လိုင်စင်ရရှိထားပြီး မွေးစားရင်းလက်မှတ် တရားဝင်မိတ္တူကို အမှုသည်ကို ကိုယ်စားပြု၍ တောင်းခံမှုပြုလုပ်ပေးသည့် ရှေ့နေ။
- 3) အိမ်ခြေရာမဲ့ ကလေးနှင့် လူငယ်အတွက် ပြောဆိုဆက်ဆံပေးသည့် ဒေသခံ ပညာရေး ဌာန သို့မဟုတ် ကျောင်း လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်း။
- 4) အိမ်ခြေရာမဲ့ ကလေးများ သို့မဟုတ် လူငယ်များကို အကူအညီများ၊ ကျန်းမာရေး အကူအညီများ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် အမူအကျင့် ကျန်းမာရေး အကူအညီများ၊ ဆေးဝါးသုံးစွဲမှုကြောင့် စိတ်ကစဉ်ကလေးဖြစ်ခြင်းကို ကူညီကုသပေးခြင်းများ သို့မဟုတ် ပြည်သူ့လူထု အထောက်အပံ့ သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်အကူအညီများ ထောက်ပံ့ပေးရန် Vermont ပြည်နယ်မှငွေကြေးထောက်ပံ့ထားသော လူသား ကူညီရေး ထောက်ပံ့သူ သို့မဟုတ် ပြည်သူ့လူထုလူမှုဖူလုံရေး ကူညီရေး ထောက်ပံ့သူ။

<sup>1</sup> [healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/HS\\_VR\\_App\\_Certified-Copy-Birth-Death-Form.pdf](http://healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/HS_VR_App_Certified-Copy-Birth-Death-Form.pdf)  
<sup>2</sup> <https://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title42/chapter119&edition=prelim>  
<sup>3</sup> <https://www.healthvermont.gov/about-us/laws-regulations/rules-and-regulations>

**အိမ်ခြေရာမဲ့ အခြေအနေ၏ ကျမ်းကျိန်လွှာ**

ဤကျမ်းကျိန်လွှာကို မဖြည့်စွက်မီ ယခင်စာမျက်နှာများမှ အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပါ။

**လျှောက်ထားသူ အချက်အလက်**

ဤ ကဏ္ဍကို မွေးစာရင်းလက်မှတ်၏ တရားဝင် မိတ္တူကို တောင်းလျှောက်ထားသော “လျှောက်ထားသူ” မှ ဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်သည်။

ကျွန်ုပ်သည် \_\_\_\_\_ ကျွန်ုပ်၏ သိရှိသမျှနှင့် နားလည်ယုံကြည်သမျှဖြင့် ကျိန်ဆို သို့မဟုတ် အခိုင်အမာပြောဆိုသည်မှာ  
လျှောက်ထားသူ၏ အမည်

ဤ ကဏ္ဍအောက်ရှိ ရက်စွဲထိုးထားသောအချိန်တွင် ကျွန်ုပ်သည် အိမ်ခြေရာမဲ့သူ တယောက်ဖြစ်ပါသည်

လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**အိမ်ခြေရာမဲ့ အထောက်အပံ့ပေးအပ်သူ၏ အချက်အလက်**

This section needs to be completed by a legal representative of the “homeless services provider”, as defined in the Vital Records Rule. **(Keep this section in English)**

Name of the Homeless Services Provider Entity or Organization Verifying the Applicant’s Homelessness:

\_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Daytime Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ swear or affirm, to the best of my knowledge and belief  
Printed Name of Legal Representative

that on the date listed below in this section, \_\_\_\_\_  
Printed Name of Homeless Person

is a homeless person, as defined by 42 U.S.C. Section 11302, and that I meet the requirements of a “homeless services provider” as defined within the Vermont Department of Health’s Vital Records Rule.

Signature of Legal Representative \_\_\_\_\_ Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_