School Smiles

သင်ရှိရာတွင်သွားကုသခြင်း

သင့်ကလေးကို သွား ကုသမှုရရှိစေချင်လျှင် စာသင်နှစ် တစ်နှစ်စီအတွက် ပုံစံစာရွက်အသစ်တစ်ရွက် ဖြည့်ရမည်

သင့်ကလေး၏သွားကို စောင့်ရှောက်ခြင်းသည် သူတို့ကိုကျန်းမာစေရန်အတွက် အရေးကြီးပါသည်။

အားလုံးအတွက်<u>ကုန်ကျစရိတ်မပေးရဘဲ</u> သွားနှင့်ဆိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ*

*မယ်ဒီကိတ်နှင့် ထောက်ပံ့ကြေး ခွင့်ပြုချက်များ

ဤအစီအစဉ်သည် **လွယ်ကူပြီးအဆင်ပြေ**စေပါသည်။ ပြည်နယ်အစိုးရလိုင်စင်ရ ထားသော သွားကုသရေးအဖွဲ့မှ ပုံမှန်သွားသန့်စင်ရေးများအတွက်နှင့် လိုအပ်လျှင်လိုအပ်သလို နောက်ထပ်ကုသစောင့်ရှောက်မှုများအတွက် ကျောင်းသို့ တိုက်ရိုက်လာရောက်ကုသပေးပါသည်။ သင်ကိုယ်တိုင် အလုပ်ပျက်စရာမလိုတော့ဘဲ သင့်ကလေးလည်း စာသင်ချိန်အနည်းငယ်သာ ပျက်ကွက်မည်။ **<u>ဤအစီအစဉ်တွင် အားလုံးအတွက် သွားနှင့်ဆိုင်သော အသုံးအဆောင်ပစ္စည်းများကို အခမဲ့ပေးကမ်းပါသည်။</u>** School Smiles အဖွဲ့သည် သင့်ကလေး၏ သွားဆေးခန်းဖြစ်လာနိုင်ပါသည်။

ကလေး၏ အထွေထွေအချက်အလက်

ကလေး၏ တရားဝင်အမည်။ ______________________ **မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။** ____/____/____ **(ဝိုင်းပေးပါ) ကျား မ**

လိပ်စာ။______________________ **မြို့။**__________________ **ပြည်နယ်။**__________ **ဇစ်ကုဒ်အမှတ်။**__________

ကျောင်း။______________________ **ကောင်တီမြို့နယ်စု။**__________________ **အတန်း။**__________

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်။ ______________________ **ဖုန်းနံပါတ်။**______________________

ကုန်ကျစရိတ်ပေးရန်အချက်အလက်။ (ရွေးချယ်ခြစ်မှတ်ပါ) မယ်ဒီကိတ် ■ ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံအစီအစဉ် ■ အာမခံအစီအစဉ်မရှိ ■

1. **မယ်ဒီကိတ်အချက်အလက်။** နံပါတ် 10 လုံးသို့မဟုတ် 12 လုံးရှိသောအမှတ် | | | | | | | | | | | | |
   အာမခံအစီအစဉ်စီမံဆောင်ရွက်သူ။______________________

2. **ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံအစီအစဉ်။ <u>သွားအတွက်</u>** အာမခံအစီအစဉ်ကုမ္ပဏီအမည်။ __________________ အာမခံအစီအစဉ်ဖုန်း။ __________
   အုပ်စုအမှတ်။ __________________ အလုပ်ရှင်၏အမည်။ __________________ကုမ္ပဏီဖုန်းနံပါတ်။ __________
   ကလေးစာရင်းပါသော အာမခံအဓိကကိုင်ဆောင်သူ၏အမည်။ __________________အာမခံကိုင်ဆောင်သောအရွယ်ရောက်သူ၏မွေးနေ့။ ___/___/____
   ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာတင်ပြချက်။ ဆောင်ရွက်ပေးမည့် ကုသမှုများသည် ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံအစီအစဉ်၊ ကျန်းမာရေး အာမခံအစီအစဉ်၊ မယ်ဒီကိတ်နှင့် hoosier healthwise အာမခံအစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် ရယူမည့် သင့်ကလေး၏အနာဂါတ် အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ကြောင်း တင်ပြလိုပါသည်။

3. **အာမခံအစီအစဉ်မရှိသူများအတွက်ရွေးစရာများ။**

☐ **ကိုယ်တိုင်စရိတ်ခံခြင်း။** သင့်ကလေးကို ချက်ချင်းပြလိုပါက သွားဆေးခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုဒ်ဆေးထည့်ပေးခြင်းနှင့် သွားစစ်ဆေးခြင်းများအတွက် စရိတ်လျှော့ထားသော ကုန်ကျစရိတ် $99 ကို ကိုယ်တိုင်ပေးရန် ဆုံးဖြတ်နိုင်ပါသည်။ ထို $99 ကို သင့်ကလေးအတွက် သွား မပြမီ ငွေလွှဲစာ (money order) မှတစ်ဆင့်၊ သို့မဟုတ် (1.855.497.6453) တွင်ဖုန်းခေါ် ခြင်းဖြင့် ကုန်ကျစရိတ်ပေးနိုင်သည်။

☐ **ထောက်ပံ့ကြေးတောင်းဆိုခြင်း။** ကူညီထောက်ပံ့မှုတောင်းဆိုမည်ဆိုပါက ခွင့်ပြုချက်ကိုစောင့်နေရန်အတွက် ဤအကွက်ကိုရွေးချယ်ခြစ်မှတ်ပေးပါ။ သင့်ကလေးအတွက် ခွင့်ပြုချက်ရရှိသောအခါ သင့်အား အကြောင်းကြားပါလိမ့်မည်။ ဤအကူအညီသည် ဦးသူအရင်ရရှိရေးစနစ်ပေါ် အခြေခံသည်။

အရေးကြီးသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ။

1. သင့်ကလေးတွင် နှလုံးရောဂါ၊ အကြောဆွဲ၍တက်ခြင်း၊ မတည့်သောရောဂါ၊ စသည့်ရောဂါအခြေအနေများ ရှိနေပါသလား။ ရှိပါက အောက်တွင်ဖော်ပြပါ။ မရှိပါက ကွက်လပ်ထားပါ။

____

____

လက်မှတ်ထိုးရန် လိုပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သော ကျွန်ုပ် __________________ သည် ဆက်လက်ရေးသားဖော်ပြထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအဖြစ် ပါဝင်သော သွားစစ်ဆေးခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ သန့်စင်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုဒ်ဆေးထည့်ခြင်းနှင့်သွားဖာခြင်းများကို 6 လတစ်ကြိမ်ပြန်တွေ့သည့်အချိန်တွင် လိုအပ်လျှင် လိုအပ်သလို School Smiles အဖွဲ့၏သွားဆရာဝန်များမှ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ကုသမှုပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ပြန်လည်တည်ဆောက်မှုအတွက်သွားဖြည့်ခြင်း၊ နေရာအလိုက်ထုံဆေးထိုးခြင်းနှင့် ပြောင်းလဲမှုများဖြင့် လိုအပ်လျှင်လိုအပ်သလို ကျွန်ုပ်ကလေးအနေနှင့်သွားကုသမှုရရှိရန်အတွက်လည်း ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။ မူလစစ်ဆေးမှုတွင် မတွေ့ရှိခဲ့သောအခြေအနေများကို တွေ့ရှိမည်ဆိုပါက ကုသမှုပေးနေစဉ် ကုထုံးများပြောင်းလဲရန် သို့မဟုတ် ထပ်မံတိုးချဲ့ရန်လိုအပ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ သွားပိုဖြည့်ရခြင်း၊ အစွန်းခံသံမဏိဖြင့် သွားကွပ်ခြင်း၊ သွားအသားနုခွဲစိတ်ခြင်း (ငယ်သွားအမြစ်အစိတ်အပိုင်းဖယ်ရှားခြင်း) နှင့် သွားနှုတ်ခြင်း (သွားကိုဆွဲနှုတ်ထုတ်ပစ်ခြင်း)။
ဤပုံစံစာရွက်၏ ကျောဘက်တွင် School Smiles အဖွဲ့၏ HIPAA ကိုယ်ရေးလျှို့ဝှက်လုံခြုံမှု အကြောင်းကြားချက် မိတ္တူတစ်စုံပါဝင်ပြီး လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ရက်ချိန်းတွင် နောက်ထပ်မိတ္တူတစ်စုံပေးအပ်ရန်ရှိကြောင်းနှင့် ထပ်မံလိုအပ်ပါက 1.855.497.6453 တွင်ဖုန်းဆက်၍ တောင်းဆိုနိုင်ကြောင်းလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

အောက်ပါလက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ပုံမှန်သွားသန့်စင်ခြင်းနှင့်အတူ လိုအပ်သောသွားကုသမှု မှန်သမျှအား ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။

➜ **မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်။** ______________________ **ရက်စွဲ။** ____/_____/_____

***အသိပေးလိုသောမှတ်ချက်။ သင့်ကလေးအတွက် သွားဖြည့်ခြင်းများထက် အစွန်းခံသံမဏိဖြင့် သွားကွပ်ခြင်းများ၊ သွားအသားနုခွဲစိတ်ခြင်း သို့မဟုတ် သွားနှုတ်ခြင်းများကဲ့သို့သော ကုသမှု ပိုမိုလိုအပ်မည်ဆိုပါက ခွင့်ပြုချက်ထပ်မံတောင်းဆိုပါလိမ့်မည်။ သင့်ကလေးတွင် School Smiles အဖွဲ့မှ ကုသပေးနိုင်သောအရာထက် ပြင်ပကုသမှုလိုအပ်လာလျှင် သင့်ကို လွှဲပြောင်းစာပေးအပ်ပါမည်။*

အတွင်းရေး မူဝါဒများဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

School Smile ၏တရားဝင် တာဝန်ဝတ္တရားများ။ ဖယ်ဒရယ်နှင့်ပြည်နယ် ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်များအရ သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။ အတွင်းရေးမူဝါဒများ၊ ဥပဒေဆိုင်ရာတာဝန်များနှင့် သင့်ကျန်းမာရေး အချက်အလက် ကာကွယ်မှုရရှိခွင့် များနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင်သိရှိနားလည်ထားရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ရန် သတ်မှတ်ချက်ရှိပါသည်။ အောက်ဖော်ပြပါ အတွင်းရေးမူဝါဒဆိုင်ရာ သတိပေးချက်သည် ကုသမှုကာလအတွင်း အကျိုးသက်ရောက်မည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ကုသမှုလုပ်ငန်းမှ လိုက်နာဆောင်ရွက်ရပါမည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အတွင်းရေးမူဝါဒများနှင့် ဤသတိပေးချက်၏ သတ်မှတ်ချက်များအား အချိန်မရွေး ပြုပြင်မွမ်းမံရန် အခွင့်အရေးများကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ဝယ်ထားရှိပါသည်။ ပြောင်းလဲမှုများ မလုပ်မီ ကျွန်ုပ်တို့ဖန်တီးခဲ့သော သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခဲ့သော ဥပဒေကာကွယ်မှုရ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့ထိန်းသိမ်းထားသော ဥပဒေကာကွယ်မှုရ ကျန်းမာရေး အချက်အလက် အားလုံးအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မည့် ပြုပြင်မွမ်းမံခွင့်ကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ဝယ်ထားရှိပါသည်။ အရေးကြီးသော ပြုပြင်မွမ်းမံမှုများအားလုံး မလုပ်မီ ဤသတိပေးချက်ကို ဦးစွာပြုပြင်ပြောင်းလဲမည်။ ဤသတိပေးချက်ကို ရရှိလိုပါက တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

သင်တောင်းဆိုလာမည်ဆိုပါက ဤသတိပေးချက် မိတ္တူများရှိပါသည်။ သင့်ကိုအဆင်ပြေစေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား မည်သို့ဆက်သွယ်ရမည် ဆိုသည့်အချက်အလက်များကို ဤသတိပေးချက်၏ အောက်ဆုံးတွင် ရှိပါသည်။

ဥပဒေမှကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်း

ကုသမှု၊ ကုန်ကျစရိတ်နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆိုင်ရာ အခြားလုပ်ငန်းများအတွက် သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်ရနိုင်ပါသည်။ အောက်ပါညွှန်းထားသော ဥပမာများတွင် အချက်အလက်အသုံးပြုပုံနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြပုံ လုပ်ငန်းစဉ်များကို ဆက်လက်၍ရှင်းပြထားပါသည်။

ကုသမှု။ ဥပဒေအရအကာအကွယ် ပေးထားသော သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးကို ကုသမှုပေးနေသော အခြား ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ အတွက် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်လျှင်လုပ်ရနိုင်ပါသည်။

ကုန်ကျစရိတ်ပေးခြင်း။ သင့်ကလေးကို ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်တောင်းခံရန် ဥပဒေမှကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်လျှင်လုပ်ရနိုင်ပါသည်။

အရေးပေါ်အခြေအနေများ။ အရေးပေါ်အခြေအနေ သို့မဟုတ် သင့်ကလေး အသက်ဆုံးရှုံးသော အခြေနေမျိုးတွင် သင့်ကလေး ကျန်းမာရေးအခြေအနေ အကြောင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး မိသားစုဝင် သို့မဟုတ် ကလေးစောင့်ရှောက်မှု တာဝန်ရှိသော အခြားတစ်ဦးတစ်ယောက်အား အကြောင်းကြားရန် သို့မဟုတ် အကြောင်းကြားရာတွင် ကူညီရန် သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ထုတ်ဖော်တင်ပြလျှင် တင်ပြရနိုင်ပါသည်။

ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်။ အကာအကွယ်ပေးထားသော သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ဥပဒေအရတောင်းဆိုလာပါက ကျွန်ုပ်တို့မှ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်း များ လုပ်လျှင်လုပ်ရနိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ရောဂါနှင့်သက်ဆိုင်ပြီး လူထုကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာအကြောင်းရင်းများ၊ ကလေး နှိပ်စက်ညှဉ်းပန်းခြင်း သို့မဟုတ် လျစ်လျူရှုခြင်း တင်ပြနိုင် စွမ်းမရှိခြင်း၊ အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု တင်ပြခြင်း၊ အစားအသောက်နှင့် ဆေးဝါးစီမံအုပ်ချုပ်ရေး Food and Drug Administration ဆိုင်ရာပြဿနာများနှင့် ဆေးဝါးမတည့်သော လက္ခဏာများ တင်ပြခြင်းနှင့် ရောဂါ သို့မဟုတ် ရောဂါပိုးကူးစက်ခြင်းများ တင်ပြခြင်း။

လူထုဘေးကင်းလုံခြုံမှု/ဥပဒေထိန်းသိမ်းရေးရဲ။ သံသယရှိသူ၊ ပြစ်မှုရှောင်ပြေးသူ၊ သို့မဟုတ် ပျောက်နေသူကို ဖော်ထုတ်ရန် သို့မဟုတ် လူတစ်ဦးတစ်ယောက်၊ ပြည်သူလူထု၏ ကျန်းမာရေးနှင့်ဘေးကင်းမှုအပေါ် ပြင်းထန်သောအန္တရာယ် ချက်ချင်းကျရောက်နိုင်သော အခြေအနေမျိုးဖြစ်လာပါက သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ဥပဒေထိန်းသိမ်းရေး ရဲထံသို့ ထုတ်ဖော်တင်ပြလျှင် တင်ပြရနိုင်ပါသည်။

ရက်ချိန်းအတွက် သတိပေးခြင်းများ။ အသံသွင်းအကြောင်းကြားစာပို့ခြင်း၊ ပို့စ်ကဒ်နှင့်စာပို့ခြင်းများဖြင့် ရက်ချိန်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး သတိပေးရာတွင် သင့်ကို ကူညီရန်အတွက် အကာအကွယ်ပေးထားသော သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်များကို အသုံးပြုလျှင် ပြုရနိုင်ပါသည်။

လူနာ၏အခွင့်အရေးများ

အချက်အလက်ရယူခွင့်။ ကန့်သတ်ထားသော ခြွင်းချက်များမှလွဲ၍ ကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အချိန်မရွေးပြန်လည်ဖတ်ရှုခွင့် ရှိပါသည်။ သင့်ဘက်မှ ရေးသားပြီး တောင်းဆိုလာပါက သင့်ကလေး၏အချက်အလက်ကို သင့်အားကျွန်ုပ်တို့ ထုတ်ပေးပါမည်။ သင်တောင်းဆိုလာပါက သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို အခြားနည်း ဖြင့် လက်ခံရရှိရန် သို့မဟုတ် အခြားနည်းမှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ရန်၊ သို့မဟုတ် ပုံမှန်ဆက်သွယ်နည်း၊ စာပို့နည်းမှလွဲ၍ အခြားနေရာသို့ ပို့ပေးစေရန်အတွက် သင့်မှာ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဤလုပ်ထုံးမှတစ်ဆင့် ကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ထုတ်ဖော်တင်ပြမှုများနှင့်ဆိုင်သော စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် သင့်မှာ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။

ကန့်သတ်ချက်များ။ သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရာနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြရာတွင် ကန့်သတ်ချက်အချို့ တောင်းဆိုရန် သင့်မှာအခွင့်အရေးရှိပါသည်။ သို့သော် သင်တောင်းဆိုလာသော ကန့်သတ်ချက်အပေါ် ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူရမည်ဟု သတ်မှတ်ချက်မရှိကြောင်း အသိပေးလိုပါသည်။ နောက်ထပ်ကန့်သတ်ချက်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင့်တောင်းဆို ချက်အပေါ် ကျွန်ုပ်တို့လိုက်နာရန် သဘောတူပါက အရေးပေါ်အခြေအနေမျိုးတွင် လုပ်ရမည့်အရာမှလွဲ၍ သဘောတူထားသော ကန့်သတ်ချက်များကို လိုက်နာဆောင်ရွက်ပါမည်။

ပြုပြင်ဖြည့်စွက်မှု။ ကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ပြုပြင်ဖြည့်စွက်ရန်အတွက် သင်ရေးသားထားသော တောင်းဆိုချက်စာ တင်ပြနိုင်ပါသည်။ ၎င်း ပြုပြင်ဖြည့်စွက်မှုတွင် အချက်အလက်ကို အဘယ်ကြောင့် ပြုပြင်ဖြည့်စွက်ရကြောင်း ရှင်းပြချက်ပါဝင်ရမည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်ရန်အတွက် အချို့အခြေအနေများ ရှိနိုင်ပါသည်။

မေးခွန်းများနှင့်/တိုင်ကြားချက်များ။ သင့်၏အတွင်းရေး ဆိုင်ရာအခွင့်အရေး သို့မဟုတ် သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက် ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်ပုံ နှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများ သို့မဟုတ် တိုင်ကြားချက်များရှိပါက ဆက်သွယ်ရန်။

School Smiles

Luis Garabis, DDS

1499 Windhorst Way, Suite 100

Greenwood, IN 46143 ဖုန်းနံပါတ်။ 1.855.49SMILE Fax: 317.886.6636

ကျွန်ုပ်တို့ကိုဆက်သွယ်ရန်၊ contactus@schoolsmiles.com

သင့်၏တိုင်ကြားချက်ကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းခြင်းအပေါ် ကျေနပ်မှုမရှိပါက အမေရိကန်ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးဝန်ဆောင်မှုများ U.S. Department of Health and Human Services ထံသို့ တရားဝင်တိုင်ကြားချက် တင်ပြနိုင်ပါသည်။