



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

ວິທີເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ
ໄປທາງອອນລາຍ: <https://healthyrhode.ri.gov>

ຫາກມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ລາຄາຖືກ,
ໂທຫາ HealthSource RI ທີ່ເບີ 1-855-840-4774

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ລາຄາ
ບໍ່ແພງ ຫຼື ໂຄງການບໍລິການມະນຸດ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກ
ບໍລິການມະນຸດທີ່ເບີ 1-855-MY-RI-DHS
(1-855-697-4347)

ການຮັບຮອງ/ແຈ້ງການຕໍ່ອາຍ

ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເອກະສານສໍາລັບທ່ານ

ຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍໂດຍອັດຕະໂນມັດສໍາລັບ Medicaid.

ຊື່ໂຄງການ	ຊື່	ວັນທີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນ ບັດຈຸບັນຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍ
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	06/01/2023

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕໍ່ອາຍໄດ້ແນວໃດ?

MEDICAID:

ຖ້າພວກເຮົາແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບຂ້າງຕົ້ນວ່າ **Medicaid ຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍໂດຍອັດຕະໂນມັດ**, ທ່ານພຽງແຕ່ຕ້ອງການ
ທົບທວນຂໍ້ມູນໃນແຈ້ງການນີ້.

- ຖ້າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງດໍາເນີນການໃດໆອີກ. Medicaid ຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ໄປ.
- ຖ້າທ່ານມີການປ່ຽນແປງຕໍ່ການລາຍງານ, ທ່ານອາດຈະ:
 - ເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຜູ້ໃຊ້ຂອງທ່ານໃນ <https://healthyrhode.ri.gov> ແລະ ກົດ "ຕໍ່ອາຍ" ເພື່ອເຮັດການປ່ຽນແປງ ຫຼື
 - ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້, ໃສ່ການປ່ຽນແປງໃນກ່ອງທີ່ໃຫ້ໄດ້. ລົງນາມໃນໃບແຈ້ງການໃນໜ້າສຸດທ້າຍ ແລະ ຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງ:
 - ຈົດໝາຍ: STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787
 - ຈຸດໄປສິ່ງ: ຢູ່ຫ້ອງການພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ສໍາລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ www.dhs.ri.gov ຫຼື ໂທ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໃຊ້ພາກຄໍາເຫັນຂອງລູກຄ້າໃນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍນີ້.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກຂໍເອົາໂຄງການເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານຕ້ອງປະກອບຄໍາຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອໃໝ່ (DHS-2) ໃຫ້ສໍາເລັດ ຫຼື
ສະໝັກທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ healthyrhode.ri.gov. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງຕົ້ນເພື່ອຮ້ອງຂໍຄໍາຮ້ອງສະ
ໝັກໃໝ່ ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງ www.dhs.ri.gov ເພື່ອບັນໃບໜັງອອກ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>



ຂໍ້ມູນບັນຊີກະແສເງິນລາຍວັນ

ກະລຸນາກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນມີການປ່ຽນແປງ, ກະລຸນາອັບເດດຂໍ້ມູນໃນຄໍາວ່າ “Updated Information” (ຂໍ້ມູນອັບເດດ) ໄປທາງຂວາ.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ສະໜັກຂັ້ນເບື້ອງຕົ້ນ

ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບຜູ້ສະໜັກເບື້ອງຕົ້ນແມ່ນຍັງຄົງຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖືກຕ້ອງ ບໍ່ຖືກຕ້ອງ – ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນບັບປຸງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ທີ່ຢູ່ເຮືອນ	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າຫາກແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ເຮືອນ)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
ເບີໂທລະສັບ	123-456-7890	
ເບີໂທລະສັບສໍາລັບ DHS ເພື່ອໂທຫາ ທ່ານສໍາລັບການສໍາພາດຕາມກໍານົດ ເວລາ (ຖ້າມີ)		
ອີເມວ	EMAIL@email.com	
ພາສາທີ່ຕ້ອງການເວົ້າ	English	
ພາສາທີ່ຕ້ອງການອ່ານ	English	

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ
ຖ້າຫາກຕ້ອງການ, ແມ່ນມີການບໍລິການນາຍພາສາໃຫ້ຟຣີ.

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ບັນທຶກຂອງພວກເຮົາຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຍັງ
ຄົງຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖືກຕ້ອງ ບໍ່ຖືກຕ້ອງ – ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນບັບປຸງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ		
ເບີໂທລະສັບ		
ອີເມວ		
ພາສາທີ່ຕ້ອງການເວົ້າ	English	
ພາສາທີ່ຕ້ອງການອ່ານ	English	

ສະມາຊິກຄົວເຮືອນບັດຈຸບັນ

ຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຍັງອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່? ຢູ່ ບໍ່ຢູ່ – ຖ້າບໍ່ຢູ່, ກະລຸນາໃສ່ວັນທີທີ່ຄົນນັ້ນອອກໄປ.



ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ສະໜັບສະໜູນເບື້ອງຕົ້ນ	ຕໍ່ອາຍຸໂຄງການແລ້ວ	ຊື່ ແລະ ກະກຽມອາຫານນໍາກັນບໍ່?	ວັນທີທີ່ຄົນຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນ*
MEDICAID RECIPIENT	MM/DD/YYYY	Self	Medicaid	NA	

*ຕົວຢ່າງຂອງການຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນ: ທີ່ຢູ່ອາໄສໃໝ່, ຄຸກ, ໂຮງໝໍ, ຫໍພັກ, ສະຖານພະຍາບານ, ໂຄງການທີ່ຢູ່ອາໄສ, ການດໍາລົງຊີວິດແບບຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຮືອນເປັນກຸ່ມ, ການດໍາລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ.

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນໃໝ່

ກະລຸນາຕື່ມຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອເພີ່ມຊື່ຂອງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ, ລວມເຖິງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າໄປໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໃຊ້ໂຟນາຄໍາຕັ້ງຂອງລູກຄ້າໃນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸນີ້.

ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ຍ້າຍໄປຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ ກໍາລັງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ເໝາະສົມຢູ່ໃນຄໍາວ່າເບື້ອງຂວາ.

ຊື່ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນໃໝ່	ວັນເດືອນປີເກີດ	SSN <i>(ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າສະໜັບສະໜູນເບື້ອງຕົ້ນ)</i>	ເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດບໍ່? <i>(ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າສະໜັບສະໜູນເບື້ອງຕົ້ນ)</i>	ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ສະໜັບສະໜູນເບື້ອງຕົ້ນ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຮ້ອງຂໍ
	___/___/___	___ - ___ - ___	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA
	___/___/___	___ - ___ - ___	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA

ມີໃຜຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ເປັນຄົນຕາບອດ, ພິການ, ຖືພາ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ ຫຼື ທີ່ພັກອາໄສຂອງລຸມຊົນບໍ່?

ແມ່ນ - ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຖືກກໍານົດວ່າເປັນຄົນຕາບອດ ຫຼື ພິການໂດຍອົງການລັດຖະບານ	ຄົນນີ້ຖືພາບໍ່?	ບັດຈຸບັນມີໃຜອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ ຫຼື ທີ່ພັກອາໄສຂອງລຸມຊົນບໍ່? ກະລຸນາລະບຸ*
	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ມີ, _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ມີ, _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ



*ການອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ (ກະດູນາລະບຸ: ໂຮງໝໍ, ສະຖານພະຍາບານ, ໂຄງການທີ່ຢູ່ອາໄສ, ອຸກ);

*ອາໄສຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສຂອງຊຸມຊົນ (ກະດູນາລະບຸ: ການດຳລົງຊີວິດທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຮືອນເປັນກຸ່ມ, ການດຳລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ).

ລາຍຮັບຈາກວຽກ

ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີກ່ຽວກັບຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ມີລາຍຮັບຈາກວຽກ. **ກະດູນາ ແນບທັກຖານລາຍຮັບສຳລັບ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ, ເຖິງແມ່ນວ່າຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃດໆກໍຕາມ** (ບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບ Medicaid).

ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າບໍ່ມີ, ກະດູນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂໍ້ມູນລາຍຮັບໃຫມ່ໃດໆໃນແຖວຫວ່າງທີ່ໃຫ້ໃວ້ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ກະດູນາສັງເກດວ່າ ບໍ່ແມ່ນລາຍຮັບທັງຫມົດທີ່ທ່ານລາຍງານອາດຈະຄົດໄລໄດ້ ສຳລັບການຕໍ່ອາຍຸ.

ກະດູນາລວມເອົາລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກອິດສະລະເຊັ່ນ: ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທຸລະກິດ, ການດູແລເດັກນ້ອຍທີ່ບໍ່ຢູ່ເຮືອນ ຫຼື ລາຍຮັບຈາກຊັບສິນເຊົ່າທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ຄຸ້ມຄອງໂດຍຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນຄົວເຮືອນ.

ຊື່	ສະຖານະພາບການຈ້າງວຽກ	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ	ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ *
MEDICAID RECIPIENT	Yes	PLACE OF WORK	\$ 1,000

*ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ: ລາຍໄດ້ກ່ອນການຕັດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງ

ລາຍຮັບຈາກແຫ່ງອື່ນ

ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີກ່ຽວກັບລາຍຮັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ. **ກະດູນາ ແນບທັກຖານລາຍຮັບສຳລັບ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ, ເຖິງແມ່ນວ່າຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃດໆກໍຕາມ** (ບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບ Medicaid).

ພາກນີ້ຈະພິຈາລະນາລາຍຮັບຈາກແຫຼ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນວຽກເຊັ່ນ: ການປະກັນສັງຄົມ, ການບໍານານ, ການປະກັນຄວາມພິການ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຜູ້ລອດຊີວິດ (Retirement, Survivors, Disability Insurance, RSDI), ຜົນປະໂຫຍດຂອງນັກຮົບເກົ່າລວມທັງເງິນອຸດໜູນບໍານານ ແລະ ການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນເຂົ້າຮ່ວມ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ, ລາຍຮັບຈາກຊັບສິນເຊົ່າ ຫຼື ສັນຍາເຊົ່າ, ລາຍຮັບປະກັນໄພເສີມ (Supplemental Security Income, SSI), ການປະກັນໄພຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ (Temporary Disability Insurance, TDI), ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ, ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຜົນໃນບັນຊີການເງິນ, ເງິນອຸດໜູນການຮັບຮອງເອົາ, ການຈັດສັນເງິນທະຫານ/ຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສທັງໝົດ, ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ແລະ/ຫຼື ຄ່າລ້ຽງດູ.

ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າບໍ່ມີ, ກະດູນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂໍ້ມູນລາຍຮັບໃຫມ່ໃດໆໃນແຖວຫວ່າງທີ່ໃຫ້ໃວ້ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ກະດູນາສັງເກດວ່າ ບໍ່ແມ່ນລາຍຮັບທັງຫມົດທີ່ທ່ານລາຍງານອາດຈະຄົດໄລໄດ້ ສຳລັບການຕໍ່ອາຍຸ.



ຊື່	ປະເພດຂອງລາຍຮັບ	ຈຳນວນ	ໄດ້ຮັບເລື້ອຍໆສ່ຳໃດ

ລາຍໄດ້ທີ່ສະແດງຢູ່ໃນສ່ວນລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ ແລະ ລາຍໄດ້ຈາກສ່ວນແຫຼ່ງອື່ນໆຂອງແຈ້ງການນີ້ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ຂອງທ່ານທີ່ຂຶ້ນກັບການຕໍ່ອາຍຸ. ນີ້ແມ່ນປະເພດລາຍຮັບດຽວທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປັບບຸງ. ກະລຸນາລາຍງານ ແຫຼ່ງລາຍຮັບໃໝ່ໃນພື້ນທີ່ທີ່ຈັດໃຫ້.

ຕາຕະລາງການເບົາແຍາດແລເດັກ

ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການດູແລເດັກ, ກະລຸນາຕື່ມໃສ່ກ່ອງຕາຕະລາງການເຮັດວຽກໃນບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການສຳລັບບໍລິການຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຕ້ອງການເຫດຜົນ (ກະລຸນາຕົກທຸກ ຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)	<input type="checkbox"/> ວຽກ <input type="checkbox"/> ຄວາມຕ້ອງການພິເສດເນື່ອງຈາກສະພາບສະພາບຂອງເດັກ ຫຼື ພໍ່-ແມ່ <input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມຕອນປາຍ/ສຳເລັດ GED <input type="checkbox"/> ການຝຶກອົບຮົມໄລຍະສັ້ນ <input type="checkbox"/> ວິທະຍາໄລ			
	ພໍ່-ແມ່ 1 (ຊື່):		ພໍ່-ແມ່ 2 (ຊື່):	
ວັນ	ເວລາເລີ່ມຕົ້ນ	ເວລາສິ້ນສຸດ	ເວລາເລີ່ມຕົ້ນ	ເວລາສິ້ນສຸດ
ວັນຈັນ				
ວັນອັງຄານ				
ວັນພຸດ				
ວັນພະຫັດ				
ວັນສຸກ				
ວັນເສົາ				
ວັນອາທິດ				
ຖ້າຕາຕະລາງຂອງທ່ານແຕກຕ່າງກັນ, ກະລຸນາອະທິບາຍວິທີການ (ທ່ານສາມາດສົ່ງເອກະສານເພີ່ມເຕີມເພື່ອກວດສອບ).				

ການເຂົ້າຮຽນໃນໂຮງຮຽນ ແລະ ສະຖານະພາບຂອນກຽນ

ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມັກຮຽວກັບຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ເຂົ້າຮຽນໃນໂຮງຮຽນ. ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງບໍ່?
 ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າບໍ່ມີ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂໍ້ມູນໃໝ່ໃດໆໃນແຖວຫວ່າງທີ່ໃຫ້ໃວ້ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້.



ຊື່	ອາຍຸ	ຊື່ໂຮງຮຽນ	ເຂົ້າຮ່ວມ ເຄິ່ງເວລາ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນບໍ່? ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ	ຈົບຊັ້ນສູງສຸດ	ໄດ້ຮັບການສຶກ ສາເຮັດວຽກບໍ່? ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ	ປະເພດໂຮງຮຽນ (K-12, ວິທະຍາໄລ, ໂຮງຮຽນການຄ້າ)
		UNKNOWN	No	NA	NA	NA

ການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພສະເພາະອື່ນໆ

ໜ້າ	ຊື່ຂອງຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍ ແມ່ນຫຍັງ?	ຊື່ແຜນການ	ສະຖານະການ ລົງທະບຽນ	ການຮຽກຮ້ອງ, ສັນຍາ/ ກຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ເລກລະຫັດສະມາຊິກ	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງ ບໍລິສັດປະກັນໄພ



**ການຍືນຍອມຂອງທ່ານທີ່ຈະແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນສໍາລັບການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ
MEDICAID ແລະ ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ**

ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ດີກວ່າຖ້າພວກເຮົາສາມາດເຮັດວຽກກັບອົງການ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍຊານອື່ນໆທີ່ຮູ້ຈັກທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງ "I Agree" (ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ), ສະແດງວ່າທ່ານກຳລັງໃຫ້ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນລັບກ່ຽວກັບທ່ານຈາກແຫຼ່ງຕ່າງໆລວມທັງ ພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ R.I. (R.I. Department of Labor and Training, DLT), ພະແນກບໍລິການມະນຸດ R.I. (R.I. Department of Human Services, DHS), ຫ້ອງການບໍລິຫານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ R.I. (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHS), ພະແນກສຸຂະພາບ R.I. (R.I. Department of Health), ພະແນກແກ້ໄຂ R.I. (R.I. Department of Corrections, RIDOC) ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍຊານໃນນາມສູນບໍລິການ Medicaid ແລະ Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) ແລະ ບໍລິຫານປະກັນສັງຄົມ (Social Security Administration, SSA).

ພວກເຮົາຈະບໍ່ປະຕິເສດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໆ ຫຼືເຂົ້າເຖິງໂຄງການໃດໆທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບພຽງແຕ່ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການຍືນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານເພື່ອພິຈາລະນາ ຫຼື ຕໍ່າຍການມີສິດຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທາງເອເລັກໂຕຣນິກສໍາລັບໂຄງການອື່ນໆເຊັ່ນ: ການປະກັນໄພສຸຂະພາບທາງການຄ້າຜ່ານ HealthSource RI.

ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ການເລືອກຊື່ ແລະ ຊື່ປະກັນໄພສຸຂະພາບໂດຍບໍ່ຕ້ອງເຮັດສໍາເລັດການຍືນຍອມນີ້ໂດຍການຕິດຕໍ່ສູນຕິດຕໍ່ຂອງພວກເຮົາທີ່ 1-855-840-HSRI (4774), ແຕ່ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃດໆ ສໍາລັບການຊື່ການປົກປ້ອງ, ບໍ່ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼືບໍ່ກໍຕາມ, ມັນຈະຈຳເປັນສໍາລັບທ່ານທີ່ຈະເຮັດສໍາເລັດການຍືນຍອມນີ້.

ການແບ່ງບັນ ແລະ ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງ "I Agree" (ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ) ຈະຖືກເຮັດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດທັງໝົດທີ່ປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດເຖິງ: ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍບັນຊີ ແລະ ການປະກັນໄພສຸຂະພາບປີ 1996 (Pub. L. 104-191); ການຮັກສາຄວາມລັບຂອງ R.I. ຂອງການສື່ສານ ແລະ ຂໍ້ມູນການດູແລສຸຂະພາບ (R.I.G.L. 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆທັງໝົດ. ຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງບັນໂດຍການໂອນຂໍ້ມູນຄອມພິວເຕີ.

ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງທຳອິດຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຮັບເອົາ ແລະ ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນລັບກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອກຳນົດສິດເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ຕໍ່ເນື່ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກລັດ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນຈາກລັດອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຜ່ານເວັບໄຊນີ້ທີ່ວາງແຜນ, ສະໜອງ ແລະ ປະສານສົມທົບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການຈ່າຍເງິນ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍືນຍອມທີ່ຈະແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນສໍາລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍືນຍອມ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບໂຄງການອື່ນໆອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການຕັດສິນໃຈຄັ້ງນີ້.



ຄຳເຕືອນບົດລົງໂທດ

ການລົງນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອ່ານສື່ດີ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຄັດຕິດກັບ ແບບຟອມນີ້ແລ້ວ. ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການເວົ້າຕົວະ, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍິ່ງຍືນວ່າຄຳຕອບທັງຫມົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບ ແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງຂໍ້ມູນສະຖານະກ່ຽວກັບພົນລະເມືອງ ແລະ ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ຕົວຕົນຂອງເດັກຜູ້ນ້ອຍທີ່ຖືກລະບຸໃນແບບຟອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າລະເມີດ ກົດໝາຍ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ ແລະ ສາມາດຖືກລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ, ກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ທັງສອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຮັບ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ລູກຂອງພໍ່-ແມ່ຄົນອື່ນ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍທ່ານໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປຶກສາ, ຜູ້ອະນຸລັກ ຫຼື ໃບມອບອຳນາດ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າອົງການ (ສຳລັບການນຳໃຊ້ອົງການເທົ່ານັ້ນ)	ວັນທີ

ໃບສະໝັກລົງທະບຽນຜູ້ມີສິດເລືອກຕັ້ງຂອງລັດ ໂຮດໄອແລນ

ຖ້າທ່ານບໍ່ລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງຕາມທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງບໍ່?
 ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານບໍ່ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃສ່ກ່ອງໃດກ່ອງໜຶ່ງ, ຈະຖືວ່າໄດ້ວ່າທ່ານບໍ່ຕັດສິນໃຈລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງໃນເວລານີ້.

ການສະໝັກ ຫຼື ການປະຕິເສດລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຈຳນວນການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ພະແນກນີ້ຈະໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອຕື່ມແບບຟອມສະໝັກລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈວ່າ ຈະຂໍ ຫຼື ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອນັ້ນແມ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຕື່ມແບບຟອມສະໝັກລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງເປັນສ່ວນຕົວ. ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ ໄດ້ແຈກແຈງສິດທິຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫຼື ໃນການສະໝັກ ລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານໃນການເລືອກຜັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຄວາມມັກທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານອາດຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຕໍ່ຜູ້ປະສານງານການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງທີ່ 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 ຫຼື ໂທຫາ (401) 222 - 2345.



ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສະແດງໃຫ້ທ່ານເຫັນເອກະສານບາງຕົວຢ່າງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງສົ່ງພ້ອມກັບແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸນີ້. ສິ່ງແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸທີ່ສໍາເລັດແລ້ວນີ້ຄືນ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ມີເອກະສານທັງໝົດນີ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການໄດ້ຮັບເອກະສານເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໜ້າທີ 1 ຂອງແບບຟອມນີ້.

ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງເອກະສານຂອງທ່ານຜ່ານແອັບພລິເຄຊັນມືຖື HealthyRhode, ມີໃຫ້ດາວໂຫລດໄດ້ໃນສະມາດໂຟນຂອງທ່ານ.

<p>ລາຍຮັບຈາກວຽກ</p>	<p>ການຈ່າຍເງິນແບບໃບບິນເອກະສານ ຫຼື ໃບແຈ້ງຍອດຫົວຈິດຫມາຍຂອງນາຍຈ້າງສະແດງໃຫ້ເຫັນລາຍຮັບກ່ອນພາສີ, ວັນເດືອນປີຈ່າຍ, ຕາຕະລາງເຮັດວຽກລາຍຊື່ວໂມງ ແລະ ຈໍານວນເວລາເຮັດວຽກສໍາລັບສີ່ອາທິດທີ່ຜ່ານມາ</p>
<p>ທີ່ຢູ່ໃໝ່ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສ</p>	<p>ໃບຮັບເງິນຄ່າເຊົ່າ, ປຶ້ມການຊໍາລະເງິນກູ້ຢືມ, ສັນຍາເຊົ່າ/ເຊົ່າ, ໃບແຈ້ງຍອດຈາກກົມພັດທະນາທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ຕົວເມືອງ (Department of Housing and Urban Development, HUD) ໃບແຈ້ງຍອດຈາກບຸກຄົນທີ່ແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສ, ບິນຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ, ໃບແຈ້ງຍອດຈາກບໍລິສັດເຄື່ອງໃຊ້, ໃບແຈ້ງຍອດຈາກເຈົ້າຂອງທີ່ດິນລວມທັງທີ່ຢູ່ ແລະ ຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍ</p>
<p>ການລ້ຽງດູເດັກທີ່ທ່ານຈ່າຍ</p>	<p>ຖ້າພາລະຂອງທ່ານໃນການຈ່າຍເງິນລ້ຽງດູເດັກໄດ້ປ່ຽນແປງ, ໃຫ້ສະໜອງສໍານຳເນົາຂອງຄໍາສັ່ງຂອງສານ.</p>
<p>ລາຍຮັບທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ</p>	<p>ສໍານຳເນົາຫຼ້າສຸດຂອງການກວດສອບປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຈິດຫມາຍລາງວັນ, ຫຼັກຖານສະແດງການຫວ່າງງານ, ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ, ເງິນບໍານານ, ເງິນການສະໜັບສະໜູນເດັກ, ຄ່າລ້ຽງດູ, TDI</p>
<p>ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ</p>	<p>ໃບຮັບເງິນທີ່ສະແດງເຖິງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລເດັກ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລຄົນພິການ ຫຼື ຜູ້ສູງອາຍຸສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ</p>
<p>ຊັບພະຍາກອນ/ຍານພາຫະນະ</p>	<p>ໃບແຈ້ງຍອດບັນຊີທະນາຄານ (ເງິນຝາກປະຢັດ, ການກວດສອບ, ໃບແຈ້ງຍອດສະຫະພັນສິນເຊື້ອ ແລະ/ຫຼື CD ຂອງ); ຮຸ້ນ ຫຼື ພັນທະບັດ; ເອກະສານຂອງເຈົ້າຂອງທຸລະກໍາ; ຫຼັກຖານສະແດງຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງນອກ ເຫນືອຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ; ຫຼັກຖານສະແດງຊັບສິນເຊື້າ; ການລົງທະບຽນຍານພາຫະນະລວມທັງລົດ, ເຮືອ, ລົດໃຫຍ່, ລົດຈັກ, ລົດແຄ້ມເປີ; ຫຼັກຖານສະແດງຊັບສິນທີ່ຜະລິດລາຍຮັບອື່ນໆ; ຫຼັກຖານສະແດງຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງບ່ອນຜັງລົບ (ຖ້າທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງຫຼາຍກ່ວາຫນຶ່ງບ່ອນ)</p>



ຄໍາເຫັນຂອງລູກຄ້າ (ຍັງສາມາດລາຍງານຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໄດ້ທີ່ນີ້)

Blank area for customer comments.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>





RHODE ISLAND VOTER REGISTRATION FORM

Please print clearly in ink. All information is required unless marked optional.

YOU MAY USE THIS FORM TO:

- Register to vote in Rhode Island.
- Change your name and/or address on your registration.
- Choose a political party or change parties.

TO REGISTER TO VOTE IN RI YOU MUST BE:

- A legal resident of Rhode Island.
- A citizen of the United States.
- At least 16 years of age.
(You must be at least 18 years of age to vote on Election Day.)

INSTRUCTIONS

Box 2: REQUIRED. Rhode Island citizens who are at least 16 years of age may pre-register to vote using this form. If you fail to check either of these boxes, this form will be returned to you. If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.

Box 3: If you are registering to vote for the first time in Rhode Island by mail or if someone else turns this form in for you, it is **REQUIRED** that you provide your driver's license number or state ID number issued by the RI Department of Motor Vehicles (DMV). If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your Social Security Number. If you do not provide the above information or it cannot be verified, you will be required to provide identification to an election official before voting. Acceptable forms of identification are on the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side of this form).

Box 5: A person may have only one legal residence. You must register from your legal residence. A post office box or rural route may only be used as a "Mailing Address" in Box 6.

Box 9: If you want to affiliate to vote, choose a party. If you leave Box 9 blank, you will be listed as unaffiliated.

Box 10: You must SIGN and DATE the registration form. If you fail to sign and date the form, it will be returned to you.

Box 11: If you are updating your voter registration because you legally changed your name, enter your previous legal name.

Box 12: If you are updating your voter registration because of an address change, enter your previous address, **even if out-of-state.**

You will receive an acknowledgement receipt of this voter registration form within 3 weeks. If you do not receive it, contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list). For questions and deadlines relating to this form, visit the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list).

(This form may be reproduced)

1. Check Boxes that Apply: <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change				
2. I am a U.S. Citizen and resident of Rhode Island. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I am at least 16 years of age. (You must be at least 18 years of age to vote.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.		3. RI driver's license or ID Number: <input style="width: 150px;" type="text"/> If you do not have a RI driver's license or ID, enter last 4 digits of your social security number: <input style="width: 80px;" type="text"/> If you do not enter either number, see instructions for Box 3.		
4. Last Name Suffix (if any)		First Name		Middle Name (or initial)
5. Home Address (Do not enter a post office box)		Apt.	City/Town	State RI ZIP Code
6. Mailing Address (If different from Box 5)		Apt.	City/Town	State ZIP Code
7. Date of Birth (mm/dd/yyyy)		8. Phone No./ E-mail Address (optional)		9. Party Affiliation: <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other _____
10. I swear or affirm that: - I am not incarcerated in a correctional facility upon a felony conviction. - I am not presently judged "mentally incompetent" to vote by a court of law. - The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry into the United States.		<i>Official Use For Barcode</i>		
PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW				
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			Date: _____ (mm/dd/yyyy) Signed <input type="checkbox"/>	
Warning: If you sign this form and know it to be false, you can be convicted and fined up to \$5,000 or jailed up to 10 years.				
11. PREVIOUS NAME (if different from Box 4)		12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION (City/Town, State, ZIP & County)		

02/2012 Regs
Form Revised 12/2012



Return Address



Postage
Required Post
Office will not
deliver
without proper
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

*****FOLD HERE & TAPE AT TOP*****

INSTRUCTIONS FOR MAILING THE VOTER REGISTRATION FORM

An applicant who chooses to mail his/her voter registration form shall do so in the following manner:

1. Fold the form at the dotted line and tape the bottom to the top of the form.
2. From the list below, locate the address of the board of canvassers in the city or town in which you are registering to vote and insert that address in the appropriate space beneath "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" on the addressed side of the voter registration form. Insert your return address in the space provided.

NOTICE: *It is against the law for anyone to interfere with your privacy in registering to vote or in choosing a political party. If you believe someone has interfered with your right to register or not register, or with your privacy in making this decision, or in choosing a political party, you may file a complaint with the State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.*

LOCAL BOARDS OF CANVASSERS

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., WYoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

Voter Registration Questions May Be Addressed To:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>



ການປ່ຽນແປງຂໍ້ກຳນົດການລາຍງານ

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ການລົງທະບຽນຂອງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ການປ່ຽນແປງ:

- ທີ່ຢູ່ອາໄສ;
- ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ;
- ລາຍຮັບ;
- ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ;
- ຄົນທີ່ຍ້າຍເຂົ້າໄປໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນຫນ່ວຍງານແກ້ບພາສີຂອງທ່ານ;
- ສະຖານະພາບການຖືພາຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ;
- ການຖືກຄຸມຂັງ ຫຼື ສະຖານະພາບທາງສະຖາບັນ;
- ການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆ ລວມເຖິງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ຫຼື ການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພຜ່ານວຽກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜ່ານວຽກຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ;
- ສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດ;
- ການເກີດ, ການຮັບຮອງເອົາ, ການຈັດວາງ ສຳລັບການຮັບຮອງເອົາ, ການແຕ່ງງານ, ການຢ່າຮ້າງ ຫຼື ການເສຍຊີວິດ;
- ສະຖານະພາບການຍື່ນເອກະສານອາກອນລາຍຮັບຂອງລັດຖະບານກາງ; ຫຼື
- ຈຳນວນຜູ້ຢູ່ໃນພາລະພາສີທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີພາສີລາຍຮັບຂອງລັດຖະບານກາງ.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ ກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ແມ່ແມ່, ລາຍຮັບ ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແຕກແຮ່ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນຫນ້ານີ້, ໃນ ໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທືນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແຕກໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານ ອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເປົ້າໝາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA, AD-3027, ສາມາດພົບໄດ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> ແລະ ຢູ່ຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍໃນແບບຟອມ. ເພື່ອຂໍສຳນືກແບບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ໂທ (866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມ ຫຼື ຈົດໝາຍທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ USDA ໂດຍ: (1) ທາງໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ແຜ່ກ: (202) 690-7442; ຫຼື (3) ອີເມວ: program.intake@usda.gov. USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ, ນາຍຈ້າງ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ.

ອົງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຝັນຜູຂອງປີ 1973, ສະບັບບັບປຸງ (29 U.S.C. 794), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄົນພິການອາເມລິກາ ປີ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) ແລະ ຫົວຂໍ້ທີ IX ຂອງການບັບປຸງການສຶກສາຂອງປີ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງປີ 2008 (ໃນເມື່ອກ່ອນແມ່ນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະແຕມອາຫານ), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດອາຍຸຂອງປີ 1975, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດລະບຽບ (45 C.F.R. ສ່ວນທີ 80 ແລະ 84) ແລະ ກົດລະບຽບການປະຕິບັດຂອງກະຊວງສຶກສາຂອງສະຫະລັດ (34 C.F.R. ສ່ວນທີ 104 ແລະ 106), ແລະ ກະຊວງກະສິກຳ, ອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງສະຫະລັດ (7 C.F.R. 272. 6); ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດ ໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບັດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຖິງນີ້ ສຳລັບການແຕກໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. ເພື່ອໂທໂດຍໃຊ້ Rhode Island Relay, ໃຫ້ໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທຟຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ພົວພັນຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການຝັນຜູ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອຳນວຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ໄປ ສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ເວລາທີ່ການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>



ສິດຂອງທ່ານ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິດຂອງທ່ານ:

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍ ແລະ ຖ້າພົບວ່າມີເງື່ອນໄຂ, ເພື່ອຮັບຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ໂພຊະນາການເສີມ (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ໂດຍອີງໃສ່ນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະຖານທີ່ ໄດ້ສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ທ່ານອາດຈະມີສິດທີ່ຈະອຸທອນ ແລະ ມີການໄຕ່ສວນຄວາມຢ່າງຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈ ຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະ:

1. **ໂທຫາພວກເຮົາເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເລື່ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.** ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ຢູ່ເທິງ ໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານມີແຈ້ງການນີ້ ແລະ ລະຫັດກໍລະນີ/ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຢູ່ໃນ-ມື້ເມື່ອທ່ານໂທ.
2. **ອຸທອນສຳລັບການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານ.** ການອຸທອນແມ່ນການຮ້ອງຂໍຢ່າງເປັນທາງການທີ່ຮຽກຮ້ອງ ໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນຂອງການຕັດສິນໃຈໃນກອງປະຊຸມບໍລິຫານ. ກະຊວງສືບຕໍ່ອ່ານ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນຫຍັງ?

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນໂອກາດສຳລັບທ່ານທີ່ຈະບອກເຈົ້າໜ້າທີ່ການໄຕ່ສວນການບໍລິຫານວ່າເປັນຫຍັງທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງອົງການກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ/ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ. ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງອົງການຍັງມີຢູ່ໃນ ກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນ ເພື່ອອະທິບາຍພື້ນຖານຂອງການຕັດສິນໃຈຂອງອົງການ. ຕາມກົດໝາຍ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ບໍລິຫານຈະຕ້ອງກວດກາຄືນ ຄວາມເປັນຈິງຂອງຄະດີທີ່ນຳສະເໜີໂດຍທາງສອງຝ່າຍຢ່າງຍຸຕິທຳ ແລະ ເປັນກາງ.

ເວລາກຳນົດສຳລັບການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳ

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຂໍ້ຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິຫານຂອງ ທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກ່ວາເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ ຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ນີ້, ທ່ານອາດຈະສູນເສຍສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງ ທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກຳນົດເວລາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ແລະ ອອກຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນ, ຫຼື 60 ວັນ ຖ້າການໄຕ່ສວນກ່ຽວຂ້ອງ ກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈຈະອອກໃນການອຸທອນຂອງ HealthSource RI ທັງໝົດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນ, ຕາມທີ່ເປັນໄປໄດ້ທາງຝ່າຍການບໍລິຫານ.



ໂຄງການ	ທ່ານຕ້ອງຍື່ນອຸທອນໃນ:	ຖ້າການອຸທອນຖືກເຮັດພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຈາກວັນແຈ້ງການ ("Aid Pending") ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ບໍ່?
Medicaid	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີແຈ້ງການ ບວກຫ້າວັນ ສໍາລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
SNAP	90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
CCAP	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກວ່າ ຈະມີການພິຈາລະນາໄຕ່ສວນ.
GPA	10 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ແຕ່ການຮ້ອງຂໍຕ້ອງ ໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີແຈ້ງ ການບວກຫ້າວັນ ສໍາລັບເວລາ ສົ່ງຈົດໝາຍ.	ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອ ຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ

ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກອບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແລະ ການລໍຖ້າການອຸທອນຕາມມາດຕະຖານອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸ, ຮັກສາ ຫຼື ກັບມາເພີ່ນຜູ້ເຮັດໜ້າທີ່ສູງສຸດໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງຕັດສິນ ການອຸທອນເລັ່ງດ່ວນໄວເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້, ຕາມສະຖານະການ. ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ, ພວກເຮົາຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຮູ້ຢ່າງວ່ອງໄວ ແລະ ພວກເຮົາຕ້ອງຈັດແຈງການອຸທອນຂອງທ່ານຜ່ານຂັ້ນຕອນມາດຕະຖານຂອງພວກເຮົາ.

ສິດທີ່ຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການໄຕ່ສວນ

ທ່ານອາດຈະມີສິດທີ່ຈະບໍ່ປ່ຽນແປງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຮັບຮັກສາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ (ນີ້ເອີ້ນວ່າ "Aid-Pending"). ຍົກເວັ້ນການປະກັນສຸຂະພາບການຄ້າຜ່ານ HealthSource RI, ຖ້າທ່ານຂໍອຸທອນພາຍໃນ 10 ວັນ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ Aid-Pending ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານສາມາດສະແດງໄດ້ທາງອື່ນໄດ້, ສໍາລັບ Medicaid ແລະ HealthSource RI, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການ 5 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການ.

ຖ້າທ່ານມີ Medicaid ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານສູນເສຍການອຸທອນຂອງທ່ານ, ລັດອາດຈະໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຄຸ້ມຄອງຕົນເອງ ສໍາລັບໃນໄລຍະ Aid-Pending. ສໍາລັບ HealthSource RI, Aid-Pending ແມ່ນມີໃຫ້ສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກໍາລັງອຸທອນການກໍານົດສິດຄືນໃໝ່ທີ່ເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 30 ວັນ ຈາກວັນທີທີ່ທ່ານຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ແລະ ການຮ້ອງຂໍແມ່ນເຮັດໂດຍທາງໂທລະສັບກັບ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774). ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເຄຣດິດພາສີເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ບໍ່ຊະນະອຸທອນຂອງທ່ານ, ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານອາດຈະມີໜີ້ເພີ່ມເຕີມໃນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານໃນປີໜ້າ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນ, ທ່ານຍັງຕ້ອງຈ່າຍໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາ Aid-Pending.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ SNAP, RIW ຫຼື GPA ແລະ Aid-Pending ແລະ ທ່ານບໍ່ຊະນະການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບມສິດໃນໄລຍະນີ້.

ສິດໃນການເປັນຕົວແທນຕົນເອງ ແລະ ສິດໃນການເປັນຕົວແທນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນຕົວແທນຕົນເອງໃນການໄຕ່ສວນຄະດີ ຫຼື ຈະຖືກຕາງໜ້າໂດຍຜູ້ທີ່ທ່ານເລືອກ, ລວມທັງທະນາຍຄວາມ, ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຍາດເພີ່ນ້ອງ.



ຄໍາແນະນຳທາງດ້ານກົດໝາຍ ແມ່ນສາມາດໃຊ້ໄດ້ຈາກ Rhode Island Legal Services, Inc. ທີ່ 274-2652 ຫຼື 1-800-662-5034. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະມີຕົວແທນທາງກົດໝາຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕ້ອງຍື່ນເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງການປະກົດຕົວກັບຫ້ອງການການໄຕ່ສວນໃນເວລາໄຕ່ສວນ ຫຼື ກ່ອນໜ້ານັ້ນ. ການເຂົ້າເຖິງການປະກົດຕົວປະຕິບັດເປັນການປ່ອຍຂໍ້ມູນລັບ, ເຊິ່ງຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທາງກົດໝາຍສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນທຶກໃນກໍລະນີຂອງອົງການ. ມັນຍັງຈຳເປັນສຳລັບຫ້ອງການຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຍື່ນຍ້ນການເປັນຕົວແທນ ສຳລັບຈຸດປະສົງການຕິດຕາມ, ການທົບທວນຄືນ, ການຮ້ອງຂໍຄວາມສືບຕໍ່ ແລະ ອື່ນໆ.

ຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນອື່ນໆອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ

ການຕັດສິນໃຈອຸທອນຂອງພວກເຮົາອາດຈະເຮັດໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງໃນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນອື່ນ.

ເຂົ້າເຖິງບັນທຶກກໍລະນີຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດເບິ່ງບັນທຶກຄະດີຂອງທ່ານ, ລວມທັງຫຼັກຖານໃດໆທີ່ລັດຈະໃຊ້ໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ. ເພື່ອເບິ່ງບັນທຶກກໍລະນີຂອງທ່ານ, ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍອຸທອນຕໍ່ການກະທຳທີ່ໄດ້ປະຕິບັດໂດຍ HealthSource RI, ທ່ານສາມາດຂໍສຳເນົາບັນທຶກຂອງທ່ານໂດຍການໂທຫາ: 1-855-840-HSRI (4774).

ການແກ້ໄຂແບບບໍ່ເປັນທາງການ

ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງໄວວາໄດ້ໂດຍບໍ່ມີການໄຕ່ສວນ. ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງອຸທອນ ການດຳເນີນການໂດຍ HealthSource RI, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774) ເພື່ອຂໍການທົບທວນຄືນການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານໃນຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຈະແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ສິດໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກກະທົບຈາກຄວາມພະຍາຍາມໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ.

ຖ້າຫາກວ່ານີ້ແມ່ນໃບສະໝັກເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງ Medicaid, ທ່ານຕ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ. ເພື່ອປົກຄຸມເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ, 30 ມື້ຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທີ່ ຫ້າ ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້. ດັ່ງນັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນວັນທີ 05/06/2023. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ Medicaid ແລ້ວ ແລະ ຕ້ອງການຮັກສາການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈົນກວ່າເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການໄຕ່ສວນແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງຂໍອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນສິບ (10) ວັນ. ອີກເທື່ອໜຶ່ງ, ເພື່ອຄວບຄຸມເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ, 10 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທີ່ຫ້າ ຫຼັງຈາກວັນທີອອກແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ທ່ານມີສິດໃນການຮັກສາຄວາມລັບ. ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ, ທຸກອົງການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການແມ່ນຖືກຜູກມັດໂດຍກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ເພື່ອນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ ສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການບໍລິຫານໂຄງການ ແລະ ຕາມມາດຕະຖານຂອງກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍການປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ສຳລັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນບຸກຄົນໄດ້. ຂໍ້ຈຳກັດຂອງ HIPAA ບ້ອງກັນພວກເຮົາຈາກການສົນທະນາຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີໜັງສືມອບອຳນາດ ຫຼື ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມການເຫັນດີອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ອັນນີ້ປະກອບມີການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ, ພະຍາດ HIV, ໂລກເອດສ, ຜົນກວດພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ ຫຼື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເພິ່ງພາກັບສານເສບຕິດ.

EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນອື່ນໆໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນກົດໝາຍທີ່ໄປຂອງລັດໂຮດໂອແລນ ແລະ ລະບຽບການທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ DHS ແລະ ລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ Medicaid. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຖືກພິດເຫັນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການລະເມີດຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍທີ່ໄປຂອງລັດໂຮດໂອແລນ ຈະຖືວ່າມີຄວາມຜິດ. ຜູ້ລະເມີດແມ່ນຂຶ້ນກັບການບັບໃຫມສູງສຸດຂອງສອງຮ້ອຍໂດລາ (\$ 200), ຫຼື ການຈຳຄຸກເຖິງຫົກ (6) ເດືອນ ຫຼື ທັງສອງຢ່າງ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະສະໝັກໃຊ້ບໍລິການສະໜັບສະໜູນຜ່ານຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ. ເພື່ອຮັບໃບສະໝັກບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ເຂົ້າເບິ່ງ <http://www.cse.ri.gov/> ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານທີ່ 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແມ່ນບຸກຄົນທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໂດຍຫົວໜ້າຄົວເຮືອນ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ຮັບຜິດຊອບອື່ນໆ, ເພື່ອດຳເນີນການໃນນາມຄົວເຮືອນໃນການສະໝັກເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງໂຄງການ ຫຼື ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະເປັນ ຫຼື ບໍ່ເປັນບຸກຄົນດຽວກັນທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຂັ້ນຕອນການສະໝັກ ຫຼື ສຳລັບການຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການໃນການລາຍງານ. ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງໄດ້ເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>



ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການຈັດການທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານ ໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້.

ຂໍ້ມູນສິນເຊື້ອພາສີພິເສດ

ທ່ານອາດຈະເລືອກທີ່ຈະເລື່ອນເວລາບາງສ່ວນຂອງເງິນກູ້ຢືມພາສີປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບາງສ່ວນ ແລະ ໄດ້ຮັບຍອດຄົງເຫຼືອເມື່ອທ່ານ ອື່ນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄືນເງິນກູ້ຢືມພາສີເມື່ອອື່ນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ ຖ້າ ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານໃຊ້ກັບຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານເກີນຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂດຍພິຈາລະນາຈາກລາຍຮັບປະຈໍາປີທັງ ໝົດຂອງທ່ານ.

ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນກູ້ຢືມພາສີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຕໍ່ໄປນີ້:

- ອື່ນພາສີສໍາລັບປີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບ.
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານຕາມຄວາມຕ້ອງການຂ້າງເທິງ.

ຂໍ້ມູນການຫຼຸດຜ່ອນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ອີງຕາມລາຍຮັບຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນເພີ່ມເຕີມ ສໍາລັບປະກັນໄພ. ການຫຼຸດຜ່ອນການແບ່ງປັນ ຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຮັດໃຫ້ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈາກການຈ່າຍເອງ (ໃນຄໍາເວົ້າອື່ນໆສໍາລັບຢາໃນ ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ສໍາລັບການຮ່ວມຈ່າຍໃນຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍ). ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຖ້າລາຍຮັບຂອງທ່ານຫຼຸດລົງ, ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ຫຼື ການ ຫັກເງິນຂອງທ່ານອາດຈະຫຼຸດລົງ. ລະດັບການຫຼຸດຜ່ອນແມ່ນຂຶ້ນກັບລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງ ທ່ານປ່ຽນແປງ, ເງິນຈ່າຍຮ່ວມ ແລະ ເງິນຫັກຂອງທ່ານກໍອາດຈະປ່ຽນແປງ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການສະໜອງຕົວເລກປະກັນສັງຄົມ (ຫຼື ຫຼັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກ) ສໍາລັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກ ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງຄຸນສົມບັດ. ການເກັບກໍາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສະໝັກ, ພ້ອມທັງເລກປະກັນສັງຄົມຂອງ ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທັງໝົດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພສະນາ ການປີ 2008 (ກ່ອນໜ້ານີ້ແມ່ນກົດໝາຍປະທັບຕາອາຫານ), ດັ່ງທີ່ໄດ້ບັນຍາຍ, 7 USC 2011-2036 ແລະ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ລັດຖະບານກາງ (ແລະ). ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກພິຈາລະນາວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດ ຫຼື ສືບຕໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມ SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP ແລະ/ຫຼື ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ພະແນກຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍ ຜ່ານການຈັບຄູ່ກັບຄອມພິວເຕີກັບພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ, ອົງການປະກັນສັງຄົມ, ບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ, ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການ ແລະ ອົງການລັດຖະບານ ແລະ ເອກະຊົນອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍ, ລະບຽບຂໍ້ ງຄັບ ຫຼື ສັນຍາ ແລະ ພວກເຂົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ. ຂໍ້ມູນລາຍຮັບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກອົງການເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP, GPA, ການດູແລເດັກ, RIW, Medicaid ແລະ ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ໃນຈໍານວນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຂໍ້ມູນນີ້ຍັງຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຕິດຕາມການປະຕິບັດຕາມລະບຽບການຂອງໂຄງການ, ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງ ໂຄງການ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການສໍ້ໂກງ ແລະ ກວດສອບການຮ້ອງຂໍການຮັກສາສຸຂະພາບ.

ຂໍ້ມູນນີ້ສາມາດເປີດເຜີຍໃຫ້ອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆ ສໍາລັບການກວດສອບຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບ ໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈັບກຸມຜູ້ຫຼົບຫນີທີ່ຫຼີກລ່ຽງກົດໝາຍ. ຖ້າມີການຮຽກຮ້ອງເກີດຂຶ້ນຕໍ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ສະໜອງ ໃຫ້ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ, ລວມທັງ SSNs ທັງໝົດ, ອາດຈະຖືກສົ່ງໄປຫາອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດເຊັ່ນດຽວກັນກັບ ອົງການເກັບກໍາຄ່າຮ້ອງຂໍເອກະຊົນ ສໍາລັບການດໍາເນີນການເກັບກໍາຄ່າຮ້ອງຂໍ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກ ໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ສາມາດສະໜອງ SSN ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ສະໝັກຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຖືກປະຕິເສດ. SSN ໃດໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນແບບດຽວກັນກັບ SSN ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທິ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ດໍາເນີນການກວດກາການຄອບ

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>



ຄຸມຄຸນນະພາບ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບວຽກງານໃນໂຮດໄອແລນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດູແລເດັກ ຫຼື Medicaid. ທ່ານຕ້ອງຊ່ວຍສ້າງ, ບັບບຸງ ຫຼື ບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກສໍາລັບເດັກທີ່ຢູ່ ໃນການດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງຄວາມເປັນພໍ່-ແມ່ (ຖ້າຈໍາເປັນ). ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະເຊື່ອ ວ່າການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກເຮັດໃຫ້ທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ, ຫຼື ລູກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ຄວາມ ເສຍຫາຍຈາກພໍ່-ແມ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ທ່ານອາດຈະຂໍເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະບໍ່ຮ່ວມມື.

ໂຄງການ ການເຮັດວຽກຂອງໂຮດໄອແລນ, Medicaid, ການຊ່ວຍເຫຼືອດູແລເດັກ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະທົ່ວໄປພົ້ນທະ ແລະ ໜ້າທີ່

ອີງຕາມກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງ ໂຮດໄອແລນ, ພາກ 40-6-9, 40-6-10 ຫຼື 40-8-15, ໂດຍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງລົງນາມໃນເອກະສານໃດໆ:

a.) ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສະໜັບສະໜູນເດັກ ແລະ ການສ້າງຕັ້ງການເປັນພໍ່

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທິທຳມະດາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ສໍາລັບ ແລະ ໃນ ນາມຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ບໍ່ວ່າຈະປະຕິບັດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ເປັນຕົວແທນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), ຕໍ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລົ້ມເຫລວໃນການໃຫ້ການສະໜັບ ສະໜູນ, ການບໍາລຸງຮັກສາ ແລະ ການດູແລທາງການແພດສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ລູກນ້ອຍ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງການ ຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈ່າຍໂດຍໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງອົງການ. ໃນຄວາມສາມາດນີ້, DHS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສ້າງຕັ້ງຄຸນຄ່າເງິນຄະດີເພື່ອ ສ້າງຕັ້ງຄວາມເປັນພໍ່ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອເກັບກໍາການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຕົວເອງ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກທີ່ໄດ້ຮັບຫຼືໄດ້ຮັບການ ຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ DHS ແລະ/ຫຼື EOHHS. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຢຸດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ ບອກຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການສະໜັບສະໜູນເດັກ/ທາງການແພດເຊັ່ນ: ຖ້າລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ມີການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

b.) ກ່ຽວກັບເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກພາກຄົນທີສາມ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທິທຳມະດາໃຫ້ກັບ DHS ຫຼື EOHHS, ສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທາງກົດໝາຍເພື່ອເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກ ບຸກຄົນທີສາມເທົ່າກັບຈໍານວນເງິນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ສະໜອງໃຫ້ເປັນຜົນມາຈາກ ອຸບັດຕິເຫດ, ການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍ.

c.) ກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກຄ່າຊົດເຊີຍຂອງຄົນເຮັດວຽກ

ພະແນກບໍລິການດ້ານມະນຸດ ແລະ/ຫຼື ຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການດ້ານມະນຸດ ອາດຈະວາງ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຄໍາຕັດສິນ, ຄໍາສັ່ງ ຫຼື ການຕົກລົງທີ່ຍັງຄ້າງຄ້າງ, ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດ ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຊົດເຊີຍຄົນເຮັດວຽກຂອງລັດໂຮດໄອແລນ, ບົດທີ 28-29 ຫາ 28-38 ຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງ ລັດໂຮດໄອແລນ. ຈຸດປະສົງຂອງການສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນລູກໜີ້ແມ່ນເພື່ອຮັບປະກັນການຊົດເຊີຍໃຫ້ແກ່ລັດ ສໍາລັບ ການຈ່າຍເງິນທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ໄດ້ເຮັດກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໃນນາມຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບໄລຍະເວລາທີ່ຄ່າຊົດເຊີຍ, ຄໍາສັ່ງ ຫຼື ການຈັດສັນຂອງແຮງງານຖືກມອບໃຫ້.

d.) ກ່ຽວກັບສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເສຍຊີວິດສໍາລັບການຊົດເຊີຍຂອງ Medicaid

ອີງຕາມ R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS ສາມາດວາງສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບ Medicaid ທີ່ມີອາຍຸຫ້າສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ເສຍຊີວິດ. ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງພາກສ່ວນນີ້, ຄໍາວ່າ "ຊັບສິນ" ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບຸກຄົນທີ່ເສຍຊີວິດ ຈະລວມທັງຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງ ແລະ ສ່ວນຕົວ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆທັງໝົດ ທີ່ລວມ ຫຼື ລວມຢູ່ໃນຊັບສິນທີ່ພິສູດວ່າເຈດຕະນາ ຖືກຕ້ອງຂອງບຸກຄົນນັ້ນ. ຈໍານວນເງິນທັງໝົດຂອງ Medicaid ທີ່ຈ່າຍໃນນາມຜູ້ຮັບ Medicaid ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຫ້າສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນຫນີ້ສິນຕໍ່ລັດ ແລະ ປະກອບເປັນຫນີ້ສິນຕໍ່ຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງ EOHHS. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນແມ່ນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບ ທີ່ລອດຊີວິດຈາກຄຸນິມລິດ ຫຼື ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າ ກວ່າ ຊາວແອັດປີ (21) ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຕາຍອາຍຸ ຫຼື ພິການຢ່າງຖາວອນ ແລະ ພິການທັງໝົດຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ XVI (SSI) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ. ທີ່ດິນຂອງຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊັບສິນທີ່ຂຶ້ນກັບຊາວອາເມຣິກັນອິນເດຍ ແລະ ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກາເນຍ ອາດຈະຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການພົ້ນຟູ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>



ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່າໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຊ້ບັນການອະນຸຍາດໃຫ້ EOHHS ແລະ/ຫຼື DHS ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ກັບບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລວມຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຕາບໃດທີ່ກໍລະນີຍັງເປີດຢູ່. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ EOHHS ຫຼື ຕົວແທນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງມັນ, DHS, ອາດຈະຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການອື່ນໆ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຫຼັກຖານທີ່ຈໍາເປັນຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ລະດັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ EOHHS ແລະ DHS ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງບັນຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃນໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໃນບັນຊີສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບການບໍລິຫານໂຄງການໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜັກ ແລະ/ຫຼື ອາດຈະໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຕາມກົດໝາຍ, ສັນຍາ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. EOHHS ແລະ DHS ສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນ ສໍາລັບຈຸດປະສົງໃນການຄົ້ນຄວ້າ. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວຕົນໃດໆຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

Medicaid: ສິ້ນສຸດລົງໂດຍທ່ານ

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງ Medicaid:

ຊື່
MEDICAID RECIPIENT

ທ່ານສາມາດຢຸດຕິການປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicaid ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ພວກເຮົາສະເຫນີຫຼາຍວິທີໃນການປະມວນຜົນຄໍາຮ້ອງຂໍຢຸດເຊົາຂອງທ່ານ:

- ທາງໂທລະສັບ: ໂທຫາສູນໂທຂອງພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ທີ່ 1-855-697-4347 (ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, ຍົກເວັ້ນວັນພັກ, ຈາກ 8: 30 ໂມງເຊົ້າ-3 ໂມງແດງ) ຫຼື HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-4774 (ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, ຍົກເວັ້ນວັນພັກ, ຈາກ 8 ໂມງເຊົ້າ-6 ໂມງແດງ)
- ດ້ວຍຕົນເອງ: ໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການ DHS ຫຼື ສະເໜີຄໍາຮ້ອງຂໍຢຸດເຊົາການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໃນກ່ອງຮັບທີ່ປອດໄພໃດໜຶ່ງທີ່ຫ້ອງການ DHS ແລະ ສູນຄອບຄົວໃນພາກພື້ນ. ສໍາລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ www.dhs.ri.gov ຫຼື ໂທຫາ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- ທາງໄປສະນີ: ທ່ານຍັງສາມາດອີ່ນຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້ຢ່າງໜ້ອຍສອງອາທິດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສິ້ນສຸດລົງ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

♥Medicaid: ການຢຸດເຊົາໂດຍລັດ

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງ Medicaid:

ຊື່
MEDICAID RECIPIENT

ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໃນ Medicaid ສາມາດຖືກຍົກເລີກໄດ້ພຽງແຕ່ຖ້າມີສິ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນ:

- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງລາຄາຖືກອີກຕໍ່ໄປ
- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຖືກສິ້ນສຸດຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຍ້ອນຂໍ້ມູນການສົ່ງໃກງໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.



ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດູແລດ້ານສຸຂະພາບພິເສດ

ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການເພີ່ມເຕີມຜ່ານ Medicaid ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ.

- ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມພິການບໍ່?
- ມີໃຜຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງການການດູແລຢູ່ເຮືອນພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການດູແລໄລຍະຍາວອື່ນໆບໍ່?
- ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດສູງ ຫຼື ເລື້ອຍໆບໍ່?

ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງວ່າພວກເຂົາມີຄຸນສົມບັດຕາມຄວາມຕ້ອງການ ການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ ຫຼື ບໍ່. ໂທຫາ (855) 712-9158 ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງ www.HealthSourceRI.com ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédɛ gbo: ɔ jù ké n̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin n̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

ແຈ້ງການ-ການບໍລິຫານປະຕິບັດ

ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິຫານມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອົງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື້ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປື້ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອົງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການລົງທຶນປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສຳລັບຄົນໝູໜວກ/ຜູ້ມີຂໍ້ປົກກ້ອງການໄດ້ຍິນສຽງ 1-800-745-6575; TTY 711).

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>

