



MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

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

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

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

**ການຮັບຮອງ / ແຈ້ງການຕໍ່ອາຍ**

**ການດໍາເນີນການທີ່ຈໍາເປັນ: ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເອກະສານສໍາລັບທ່ານ**

**ຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້?**

ມັນເຖິງເວລາແລ້ວທີ່ພວກເຮົາຈະທົບທວນຄືນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຕໍ່ໄປນີ້. ຖ້າຊື່ຂອງທ່ານຖືກລະບຸໄວ້ໃນກ່ອງຕໍ່ໄປນີ້, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນ ເຊັ່ນຊື່ ແລະ ສິ່ງຄືນແບບຟອມນີ້ພ້ອມກັບຫຼັກຖານທີ່ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດຈະສິ້ນສຸດ.

ທຸກໆປີ, ພວກເຮົາຕ້ອງທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ ຫຼື ບໍ່ ອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ. ຫຼັງຈາກນັ້ນພວກເຮົາຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍໃຊ້ເຄື່ອງມືຢືນຢັນທາງເອເລັກໂຕຣນິກ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດລະບຸໄດ້ວ່າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ໂດຍອີງໃສ່ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ພວກເຮົາ. ເພື່ອສືບຕໍ່ການມີສິດຮັບ Medicaid ຂອງທ່ານ ແລະ ບໍ່ສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາອ່ານແບບຟອມນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ປຸງແບ່ງກ່ຽວກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ເຊັນ ແລະ ສິ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍທັງໝົດກັບມາ.

ຊື່ໂຄງການ	ຊື່	ວັນທີຜົນປະໂຫຍດໃນປັດຈຸບັນແມ່ນ ກໍານົດເວລາໃຫ້ສິ້ນສຸດລົງ
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	05/31/2023

ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານບໍ່ມີການຍຸດໃນຜົນປະໂຫຍດ, **ສໍາແບບຟອມນີ້ຄືນການຕໍ່ອາຍນີ້ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ ແຈ້ງການນີ້** ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ເວລາດໍາເນີນການ. ແຕ່ລະໂຄງການອາດມີຂັ້ນຕອນການຕໍ່ອາຍທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ກ່ຽວກັບວິທີການຕໍ່ອາຍ ການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບແຕ່ລະໂຄງການ.

ຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕໍ່ອາຍໄດ້ແນວໃດ?**

**MEDICAID:**

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



ຫາກພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າ **ການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ຂອງທ່ານຖືກກຳນົດໃຫ້ຢຸດ**, ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນບາງຢ່າງຈາກທ່ານເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າເຈົ້າຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ບໍ່. ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການຈາກທ່ານແມ່ນມີລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການຂ້າງລຸ່ມນີ້.

- **ຈົດໝາຍ:** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຕອບທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປຸງແບ່ງຢູ່ໃນຄໍາວ່າ "Updated Information" (ຂໍ້ມູນອັບເດດ) ຂອງແຈ້ງການນີ້. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບໄວ້ລ່ວງໜ້າ ແລະ ທ່ານກຳລັງສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນ, ໃຫ້ຕື່ມ "CURRENT INFORMATION" (ຂໍ້ມູນປະຈຸບັນ) ລົງໃນກ່ອງຂໍ້ມູນ. ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນແບບຟອມ. ທ່ານສາມາດສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ທີ່ຢູ່ດ້ານເທິງຂອງແຈ້ງການນີ້.
- **ໄປສົ່ງຢູ່ທີ່ຫ້ອງການ DHS:** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ຫ້ອງການ DHS, ກະລຸນາປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນຳທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ສໍາລັບຈົດໝາຍ. ສໍາລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ຫຼື ໂທຫາ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **ອອນລາຍ:** ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ບັນຊີຜູ້ໃຊ້ຂອງທ່ານທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov> ແລະ ເຮັດການປ່ຽນແປງ.

**ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຫຍັງແດ່?**

- **ລາຍຮັບ:** ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍຮັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄົນເພິ່ງພາອາໄສໃດໆທີ່ຖືກພິຈາລະນາໃນການກຳນົດຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລໃນແຕ່ລະເດືອນ.
- **ຊັບພະຍາກອນ:** ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງຮູ້ວ່າ ຊັບພະຍາກອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ/ຫຼື ວ່າ ຊັບພະຍາກອນໃດໆທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເປັນເຈົ້າຂອງຢ່າງແທ້ຈິງ ຫຼື ຮ່ວມກັນໄດ້ຖືກຂາຍ ຫຼື ໂອນໃຫ້ຜູ້ອື່ນ.
- **ທີ່ຢູ່ ແລະ ການຈັດແຈ້ງທີ່ຢູ່ອາໄສ:** ບອກພວກເຮົາວ່າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່, ເຂົ້າ ຫຼື ອອກຈາກບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ສະຖານທີ່ພະຍາບານ ຫຼື ເຮືອນເປັນກຸ່ມ ຫຼື ຢູ່ໃນຮູບແບບການດຳລົງຊີວິດຮ່ວມກັນໃໝ່ ຫຼື ແຕກຕ່າງກັນ.
- **ສະພາບການຄອບຄົວ ແລະ ຄົວເຮືອນ:** ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ວ່າມີການປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເຊັ່ນວ່າ: ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ເສຍຊີວິດແລ້ວ, ໄດ້ຮັບການຢ່າຮ້າງແລ້ວ, ແຕ່ງງານກັບຜູ້ອື່ນແລ້ວ ຫຼື ໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ, ໄດ້ອອກ ຫຼື ຂາຍເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ນັບເປັນຊັບພະຍາກອນ.
- **ສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງ:** ທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາວ່າສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ໄດ້ປ່ຽນແປງຕັ້ງແຕ່ວັນທີການສະໜັບສະໜູນທຳອິດ ຫຼື ການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງຫຼ້າສຸດ.

**Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸຈັ່ງໃດ?**

- ຫາກທ່ານຖືກຖາມໃຫ້ຈັດກຽມເອກະສານເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ທ່ານລາຍງານການປ່ຽນແປງ ພວກເຮົາຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດຕໍ່ອາຍຸການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດອີກສະບັບໜຶ່ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ອນວັນທີ່ຕໍ່ອາຍຸ.

**ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໃຊ້ພາກຄຳເຫັນຂອງລູກຄ້າໃນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸນີ້.**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກຂໍເອົາໂຄງການເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານຕ້ອງປະກອບຄຳຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອໃໝ່ (DHS-2) ໃຫ້ສຳເລັດ ຫຼື ສະໝັກທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ [healthyrhode.ri.gov](http://healthyrhode.ri.gov). ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງຕົ້ນເພື່ອຮ້ອງຂໍຄຳຮ້ອງສະໝັກໃໝ່ ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງ [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ເພື່ອບິນໃບໜັງສືອອກ.

**ຂໍ້ມູນບັນຊີກະແສເງິນລາຍວັນ**

ກະລຸນາກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນມີການປ່ຽນແປງ, ກະລຸນາອັບເດດຂໍ້ມູນໃນຄໍາວ່າ "Updated Information" (ຂໍ້ມູນອັບເດດ) ໄປທາງຂວາ.



**ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ສະໜັກຂັ້ນເບື້ອງຕົ້ນ**

ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບຜູ້ສະໜັກເບື້ອງຕົ້ນແມ່ນຍັງຄົງຖືກຕ້ອງບໍ?  ຖືກຕ້ອງ  ບໍ່ຖືກຕ້ອງ – ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນບັບບຸງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

	<b>ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ</b>	<b>ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ</b>
ທີ່ຢູ່ເຮືອນ	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າຫາກແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ເຮືອນ)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
ເບີໂທລະສັບ	123-456-7890	
ເບີໂທລະສັບສໍາລັບ DHS ເພື່ອໃຫ້ ຫາທ່ານສໍາລັບການສໍາພາດຕາມ ກຳນົດເວລາ (ຖ້າມີ)		
ວິເມວ		
ພາສາທີ່ຕ້ອງການເວົ້າ	English	
ພາສາທີ່ຕ້ອງການອ່ານ	English	

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ?  ຕ້ອງການ  ບໍ່ຕ້ອງການ  
ຖ້າຫາກຕ້ອງການ, ແມ່ນມີການບໍລິການນາຍພາສາໃຫ້ຟຣີ.

**ສະມາຊິກຄົວເຮືອນບັດຈຸບັນ**

ຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຍັງອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານບໍ?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ – ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາໃສ່ວັນທີທີ່ຄົນນັ້ນອອກໄປ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນ ກັບຜູ້ສະໜັກ ຂັ້ນເບື້ອງຕົ້ນ	ຕໍ່ອາຍ ໂຄງການແລ້ວ	ຊື່ ແລະ ກະກຽມ ອາຫານນໍາ ກັນບໍ?	ວັນທີທີ່ຄົນຍ້າຍ ອອກຈາກເຮືອນ*
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

\*ຕົວຢ່າງຂອງການຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນ: ທີ່ຢູ່ອາໄສໃໝ່, ຄຸກ, ໂຮງໝໍ, ຫໍພັກ, ສະຖານພະຍາບານ, ໂຄງການທີ່ຢູ່ອາໄສ, ການດໍາລົງຊີວິດ  
ແບບຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຮືອນເປັນກຸ່ມ, ການດໍາລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ.

**ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນໃໝ່**

ກະລຸນາຕື່ມຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອເພີ່ມຊື່ຂອງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ, ລວມເຖິງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າໄປໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການເພີ່ມທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໃຊ້ພາກຄໍາເຫັນຂອງລູກຄ້າໃນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍນີ້.

ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ຍ້າຍໄປຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ ກໍາລັງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ເໝາະສົມຢູ່ໃນຄໍາວ່າເບື້ອງຂວາ.



ຊື່ສະມາຊິກໃນຄົວ ເຮືອນໃໝ່	ວັນເດືອນປີເກີດ	SSN (ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າ ສະໝັກຂໍຮັບເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ)	ເປັນພົນລະເມືອງ ສະຫະລັດບໍ່? (ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າ ສະໝັກຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍ ເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ)	ຄວາມສໍາພັນ ກັບຜູ້ສະໜັກ ຂັ້ນເບື້ອງຕົ້ນ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ຮ້ອງຂໍ
	___/___/___	___-___-___	<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 ທີ່ພັກອາໄສຂອງຊຸມຊົນບໍ່?  
 ແມ່ນ - ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້  ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຖືກ ກຳນົດວ່າເປັນຄົນ ຕາບອດ ຫຼື ພິການ ໂດຍອົງການ ລັດຖະບານ	ຄົນນີ້ຖືພາບໍ່?	ບັດຈຸບັນມີໃຜອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ ຫຼື ທີ່ພັກອາໄສຂອງຊຸມຊົນບໍ່? ກະລຸນາລະບຸ*
	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ, _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ, _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

\*ການອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ (ກະລຸນາລະບຸ: ໂຮງໝໍ, ສະຖານພະຍາບານ, ໂຄງການທີ່ຢູ່ອາໄສ, ອຸກ);  
 \*ອາໄສຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສຂອງຊຸມຊົນ (ກະລຸນາລະບຸ: ການດຳລົງຊີວິດທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຮືອນເປັນກຸ່ມ, ການດຳລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ).

**ລາຍຮັບຈາກວຽກ**

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

ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງບໍ່?  ຕ້ອງການ  ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າບໍ່ມີ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂໍ້ມູນລາຍຮັບໃຫມ່ໃດໆໃນແຖວຫວ່າງທີ່ໃຫ້ໃວ້ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ກະລຸນາສັງເກດວ່າ ບໍ່ແມ່ນລາຍຮັບທັງໝົດທີ່ທ່ານລາຍງານອາດຈະຄົດໄວ້ໄດ້ ສໍາລັບການຕໍ່ອາຍ.



ກະດູນາລວມເອົາລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກອິດສະລະເຊັ່ນ: ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທຸລະກິດ, ການດູແລເດັກນ້ອຍທີ່ບໍ່ຢູ່ເຮືອນ ຫຼື ລາຍຮັບຈາກຊັບສິນເຊົ່າທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ຄຸ້ມຄອງໂດຍຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນຄົວເຮືອນ.

ຊື່	ສະຖານະພາບການຈ້າງວຽກ	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ	ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ *

\* ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ: ລາຍໄດ້ກ່ອນການຕັດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງ

**ລາຍຮັບຈາກແຫ່ງອື່ນ**

ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີກ່ຽວກັບລາຍຮັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ. **ກະດູນາແນບທັກຖານລາຍຮັບສຳລັບ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ. ເຖິງແມ່ນວ່າຈະບໍ່ມີການບໍ່ຮຸນແບບໃດໆກໍຕາມ** (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 ບໍ່ແມ່ນລາຍຮັບທັງໝົດທີ່ທ່ານລາຍງານອາດຈະຄິດໄລ່ໄດ້ ສຳລັບການຕໍ່ອາຍ.

ຊື່	ປະເພດຂອງລາຍຮັບ	ຈຳນວນ	ໄດ້ຮັບເລື້ອຍໆສ່ຳໃດ

ລາຍໄດ້ທີ່ສະແດງຢູ່ໃນສ່ວນລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ ແລະ ລາຍໄດ້ຈາກສ່ວນແຫຼ່ງອື່ນໆຂອງແຈ້ງການນີ້ສິ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ຂອງທ່ານທີ່ຂຶ້ນກັບການຕໍ່ອາຍ. ນີ້ແມ່ນປະເພດລາຍຮັບດຽວທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ບັບບຸງ. ກະດູນາລາຍງານແຫຼ່ງລາຍຮັບໃໝ່ໃນພື້ນທີ່ທີ່ຈັດໃຫ້.

**ຕາຕະລາງການເບົາແຍາດແລເດັກ**

ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການດູແລເດັກ, ກະດູນາຕື່ມໃສ່ກ່ອງຕາຕະລາງການເຮັດວຽກໃນບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການສຳລັບບໍລິການຂ້າງລຸ່ມນີ້.



ຕ້ອງການເຫດຜົນ (ກະລຸນາຕົກທຸກຂໍ້ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)	<input type="checkbox"/> ວຽກ <input type="checkbox"/> ຄວາມຕ້ອງການພິເສດເນື່ອງຈາກສະພາບສຸຂະພາບຂອງເດັກ ຫຼື ພໍ່-ແມ່			
	<input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມຕອນບາຍ/ສຳເລັດ		<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 ສະຖານະພາບຂອງບັນຊີ**

ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີກ່ຽວກັບຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ເຂົ້າຮຽນໃນໂຮງຮຽນ. ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງບໍ?

ຕ້ອງການ  ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າບໍ່ມີ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂໍ້ມູນໃໝ່ໃດໆໃນແຖວຫວ່າງທີ່ໃຫ້ໃວ້ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່	ອາຍຸ	ຊື່ໂຮງຮຽນ	ເຂົ້າຮ່ວມເຄິ່ງເວ ລາ ຫຼື ຫຼາຍ ກວ່ານັ້ນບໍ່? ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ	ຈົບຊັ້ນສູງສຸດ	ໄດ້ຮັບການສຶກສາ າເຮັດວຽກບໍ່? ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ	ປະເພດໂຮງຮຽນ (K-12, ວິທະຍາໄລ, ໂຮງຮຽນການຄ້າ)
MEDICAID RECIPIENT	99	UNKNO WN	No	NA	NA	NA



**ການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພສະໄຫມອື່ນໆ**

ຊື່	ຊື່ຂອງຜູ້ຖືກຄາວະ ຮ້າຍແມ່ນຫຍັງ?	ຊື່ແຜນການ	ສະຖານະການ ນາງທະບຽນ	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 ແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນສໍາລັບກ່ຽວກັບທ່ານຈາກແຫຼ່ງຕ່າງໆລວມທັງ 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, ຈຳເປັນໄດ້ຮັບການຍືນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານເພື່ອພິຈາລະນາ ຫຼື ຕໍ່ອາຍການມີສິດຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນເອເລັກໂຕຣນິກ ສໍາລັບໂຄງການອື່ນໆເຊັ່ນ: ການປະກັນໄພສຸຂະພາບທາງການຄ້າຜ່ານ HealthSourceRI.

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 ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສໍາລັບກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອກຳນົດສິດເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ຕໍ່ເນື່ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜຸນຈາກລັດ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນຈາກລັດອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຜ່ານເວັບໄຊນີ້ທີ່ວາງແຜນ, ສະໜອງ ແລະ ປະສານສົມທົບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການຈ່າຍເງິນ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍືນຍອມທີ່ຈະແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນສໍາລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍືນຍອມ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບໂຄງການອື່ນໆອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການຕັດສິນໃຈຄັ້ງນີ້.





<b>ຄໍາເຕືອນບົດລົງໂທດ</b>			
<p>ການລົງນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອ່ານສຶດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຄັດຕິດກັບ ແບບຟອມນີ້ແລ້ວ. ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການເວົ້າຕົວະ, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍິນວ່າຄໍາຕອບທັງຫມົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວ ກັບແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງຂໍ້ມູນສະຖານະກ່ຽວກັບຜົນລະເມືອງ ແລະ ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ຕົວຕົນຂອງເດັກຜູ້ນ້ອຍທີ່ຖືກລະບຸໃນແບບຟອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າລະເມີດກົດ ໝາຍ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ ແລະ ສາມາດຖືກລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ, ກົດໝາຍຂອງ ລັດ ຫຼື ທັງສອງ.</p>			
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຮັບ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ລູກຂອງພໍ່-ແມ່ຄົນອື່ນ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍທ່ານ ໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ອະນຸລັກ ຫຼື ໃບມອບອໍານາດ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າອົງການ (ສໍາລັບການນໍາໃຊ້ທ້ອງຖານເທົ່ານັ້ນ)	ວັນທີ

**ໃບສະໝັກລົງທະບຽນຜູ້ມີສິດເລືອກຕັ້ງຂອງລັດ ໂຮດໄອແລນ**

**ຖ້າທ່ານບໍ່ລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງຕາມທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງບໍ່?**

ຕ້ອງການ  ບໍ່ຕ້ອງການ

**ໝາຍເຫດ:** ຖ້າທ່ານບໍ່ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃສ່ກ່ອງໃດກ່ອງໜຶ່ງ, ຈະຖືວ່າໄດ້ວ່າທ່ານບໍ່ຕັດສິນໃຈລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງໃນເວລານີ້.

ການສະໝັກ ຫຼື ການປະຕິເສດລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຈໍານວນການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ພະແນກນີ້ຈະໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອຕື່ມແບບຟອມສະໝັກລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈວ່າ ຈະຂໍ ຫຼື ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອນັ້ນແມ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຕື່ມແບບຟອມສະໝັກລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງເປັນສ່ວນຕົວ. ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ ໄດ້ແຊກແຊງສິດທິຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ 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.

ລາຍຮັບຈາກວຽກ	ການຈ່າຍເງິນແບບໃບບິນເອກະສານ ຫຼື ໃບແຈ້ງຍອດຫົວຈິດຫມາຍຂອງນາຍຈ້າງສະແດງໃຫ້ເຫັນລາຍຮັບກ່ອນພາສີ, ວັນເດືອນປີຈ່າຍ, ຕາຕະລາງເຮັດວຽກລາຍຊື່ໂມງ ແລະ ຈໍານວນເວລາເຮັດວຽກສໍາລັບສີ່ອາທິດທີ່ຜ່ານມາ
ທີ່ຢູ່ໃໝ່ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສ	ໃບຮັບເງິນຄ່າເຊົ່າ, ປຶ້ມການຊໍາລະເງິນກູ້ຢືມ, ສັນຍາເຊົ່າ/ເຊົ່າ, ໃບແຈ້ງຍອດຈາກກົມພັດທະນາທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ຕົວເມືອງ (Department of Housing and Urban Development, HUD) ໃບແຈ້ງຍອດຈາກບຸກຄົນທີ່ແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສ, ບິນຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ, ໃບແຈ້ງຍອດຈາກບໍລິສັດເຄື່ອງໃຊ້, ໃບແຈ້ງຍອດຈາກເຈົ້າຂອງທີ່ດິນລວມທັງທີ່ຢູ່ ແລະ ຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍ
ການລ້ຽງດູເດັກທີ່ທ່ານຈ່າຍ	ຖ້າພາລະຂອງທ່ານໃນການຈ່າຍເງິນລ້ຽງດູເດັກໄດ້ປ່ຽນແປງ, ໃຫ້ສະຫນອງສໍາເນົາຂອງຄໍາສັ່ງຂອງສານ.
ລາຍຮັບທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ	ສໍາເນົາຫຼ້າສຸດຂອງການກວດສອບປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຈິດຫມາຍລາງວັນ, ຫຼັກຖານສະແດງການຫວ່າງງານ, ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ, ເງິນບໍານານ, ເງິນການສະໜັບສະໜູນເດັກ, ຄ່າລ້ຽງດູ, TDI
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ	ໃບຮັບເງິນທີ່ສະແດງເຖິງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລເດັກ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລຄົນພິການ ຫຼື ຜູ້ສູງອາຍຸສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ
ຊັບພະຍາກອນ/ຍານພາຫະນະ	ໃບແຈ້ງຍອດບັນຊີທະນາຄານ (ເງິນຝາກປະຢັດ, ການກວດສອບ, ໃບແຈ້ງຍອດສະຫະພັນສິນເຊື້ອ ແລະ/ຫຼື CD ຂອງ); ຮຸ້ນ ຫຼື ພັນທະບັດ; ເອກະສານຂອງເຈົ້າຂອງທຸລະກໍາ; ຫຼັກຖານສະແດງຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງອອກ ເຫນືອຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ; ຫຼັກຖານສະແດງຊັບສິນເຊົ່າ; ການລົງທະບຽນຍານພາຫະນະລວມທັງລົດ, ເຮືອ, ລົດໃຫຍ່, ລົດຈັກ, ລົດແຄ້ມເບີ; ຫຼັກຖານສະແດງຊັບສິນທີ່ຜະລິດລາຍຮັບອື່ນໆ; ຫຼັກຖານສະແດງຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງບ່ອນຜັງສົບ (ຖ້າທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງຫຼາຍກ່ວາຫນຶ່ງບ່ອນ)



**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)

<b>1. Check Boxes that Apply:</b> <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change				
<b>2.</b> 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 <small>If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.</small>		<b>3.</b> 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"/> <small>If you do not enter either number, see instructions for Box 3.</small>		
<b>4.</b> Last Name <input style="width: 150px;" type="text"/> Suffix (if any) <input style="width: 50px;" type="text"/>		First Name <input style="width: 150px;" type="text"/>		Middle Name (or initial) <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>5.</b> Home Address (Do not enter a post office box) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 30px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 30px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>RI</b>
<b>6.</b> Mailing Address (If different from Box 5) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 30px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 30px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>
<b>7.</b> Date of Birth (mm/dd/yyyy) <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>Month    Day    Year</small>		<b>8.</b> Phone No./ E-mail Address (optional) <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>9.</b> Party Affiliation: <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other <input style="width: 50px;" type="text"/>
<b>10. I swear or affirm that:</b> - 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> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<b>PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>				<b>Are you interested in working at the polls? (check box below)</b> <input type="checkbox"/>
<b>Date:</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> (mm/dd/yyyy) <b>Signed</b>		<b>Warning:</b> 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.		
<b>11. PREVIOUS NAME</b> (if different from Box 4) <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION</b> (City/Town, State, ZIP & County) <input style="width: 150px;" type="text"/>		
02/2012 Regs Form Revised 12/2012				

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



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

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໆຕໍ່ໄປນີ້ທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ການລົງທະບຽນຂອງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີການປ່ຽນແປງ:

- ທີ່ຢູ່ອາໄສ;
- ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ;
- ລາຍຮັບ;
- ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ;
- ຄົນທີ່ຍ້າຍເຂົ້າໄປໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນໜ່ວຍງານເກັບພາສີຂອງທ່ານ;
- 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 ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແຕ່ແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທຶນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແຕກໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການອື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ຊຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເບົາຫມາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ 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. ເພື່ອຂໍສຳເນົາແບບຟອມການຮ້ອງທຸກ, 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](mailto:program.intake@usda.gov). USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ, ນາຍຈ້າງ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ.

ອົງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເພີ່ມເຜີຍຂອງປີ 1973, ສະບັບປັບປຸງ (29 U.S.C. 794), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄົນພິການອາເມລິກາ ປີ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) ແລະ ຫົວຂໍ້ທີ່ IX ຂອງການບັບປຸງການສຶກສາຂອງປີ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໄພລະນາການຂອງປີ 2008 (ໃນເມື່ອກ່ອນແມ່ນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະແດມອາຫານ), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດອາຍຸຂອງປີ 1975, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດລະບຽບ (45 C.F.R. ສ່ວນທີ່ 80 ແລະ 84) ແລະ ກົດລະບຽບການປະຕິບັດຂອງກະຊວງສຶກສາຂອງສະຫະລັດ (34 C.F.R. ສ່ວນທີ່ 104 ແລະ 106), ແລະ ກະຊວງກະສິກຳ, ອາຫານ ແລະ ໄພລະນາການຂອງສະຫະລັດ (7 C.F.R. 272. 6); ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແຕກໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. ເພື່ອໂທໂດຍໃຊ້ Rhode Island Relay, ໃຫ້ໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທເຟຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ພົວພັນຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການເພີ່ມເຜີຍ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອ້າງອອກຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ໄປ ສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ເລຂາທິການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

ສິດທິຂອງທ່ານ

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



**ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິດຂອງທ່ານ:**

**ທ່ານມີສິດ**ທີ່ຈະຮ້ອງຂໍ ແລະ ຖ້າພົບວ່າມີເງື່ອນໄຂ, ເພື່ອຮັບຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ໂພຊະນາການເສີມ (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ໂດຍອີງໃສ່ນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະຖານທີ່ໄດ້ ສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

**ທ່ານອາດຈະມີສິດ**ທີ່ຈະອຸທອນ ແລະ ມີການໄຕ່ສວນຄວາມຢ່າງຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງ ພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະ:

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

**ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນຫຍັງ?**

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

**ເວລາກຳນົດສໍາລັບການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳ**

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະອຸທອນຂໍຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສໍາລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິຫານຂອງ ທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກ່ວາເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາກຳນົດໄວ້ນີ້, ທ່ານອາດຈະສູນເສຍສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ອຸທອນຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາ ຈະກຳນົດເວລາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ແລະ ອອກຄໍາຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນ, ຫຼື 60 ວັນ ຖ້າການໄຕ່ສວນກ່ຽວຂ້ອງກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈຈະອອກໃນການອຸທອນຂອງ HealthSource RI ທັງໝົດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາ ຮ້ອງຂໍອຸທອນ, ຕາມທີ່ເປັນໄປໄດ້ທາງຝ່າຍການບໍລິຫານ.



ໂຄງການ	ທ່ານຕ້ອງຍື່ນອຸທອນໃນ:	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ຖ້າການອຸທອນຖືກຮັດພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຈາກວັນແຈ້ງການ ("Aid Pending")?
Medicaid	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການບອກຫ້າວັນ ສໍາລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
SNAP	90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
CCAP GPA	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ 10 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກວ່າຈະມີການພິຈາລະນາໃຕ້ສວນ. ແມ່ນແລ້ວ, ແຕ່ການຮ້ອງຂໍຕ້ອງໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການບອກຫ້າວັນ ສໍາລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ.	ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ

**ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ**

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

**ສິດທີ່ຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການໄຕ່ສວນ**

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

ຖ້າທ່ານມີ Medicaid ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານສູນເສຍການອຸທອນຂອງທ່ານ, ວັດອາດຈະໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຄຸ້ມຄອງຕົນເອງ ສໍາລັບໃນໄລຍະ Aid-Pending. ສໍາລັບ HealthSource RI, Aid-Pending ແມ່ນມີໃຫ້ສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກໍາລັງອຸທອນການກໍານົດສິດຄືນໃໝ່ທີ່ເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 30 ວັນ ຈາກວັນທີ່ທ່ານຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ແລະ ການຮ້ອງຂໍແມ່ນເຮັດໂດຍທາງໂທລະສັບກັບ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774). ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເຄຣດິດພາສີເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ບໍ່ຊະນະອຸທອນຂອງທ່ານ, ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານອາດຈະມີໜີ້ເພີ່ມເຕີມໃນພາສີວັດຖະບານກາງຂອງທ່ານໃນປີໜ້າ. 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 ຍາດພີ່ນ້ອງ.





ຄໍາແນະນໍາທາງດ້ານກົດໝາຍ ແມ່ນສາມາດໃຊ້ໄດ້ຈາກ Rhode Island Legal Services, Inc. ທີ່ 274-2652 ຫຼື 1-800-662-5034. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະມີຕົວແທນທາງກົດໝາຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕ້ອງອື່ນເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງການປະກົດຕົວກັບຫ້ອງການ ການໄຕ່ສວນໃນເວລາໄຕ່ສວນ ຫຼື ກ່ອນໜ້ານັ້ນ. ການເຂົ້າເຖິງການປະກົດຕົວປະຕິບັດເປັນການປ່ອຍຂໍ້ມູນລັບ, ເຊິ່ງຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າ ທາງກົດໝາຍສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນທຶກໃນກໍລະນີຂອງອົງການ. ມັນຍັງຈຳເປັນສໍາລັບຫ້ອງການຮັບຜິ່ງທີ່ຈະຍືນຍັນການເປັນຕົວແທນ 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. ສິດໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກ ກະທົບຈາກຄວາມພະຍາຍາມໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ.

ຖ້າຫາກວ່ານີ້ແມ່ນໃບສະໝັກເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງ Medicaid, ທ່ານຕ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍ ໃນສາມສິບ (30) ວັນ. ເພື່ອປົກຄຸມເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ, 30 ມື້ຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທີ່ ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້. ດັ່ງນັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງອື່ນ ຂໍອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນວັນທີ 05/06/2023. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ Medicaid ແລ້ວ ແລະ ຕ້ອງການຮັກສາການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈົນກວ່າ ເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການໄຕ່ສວນແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງຂໍອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນສິບ (10) ວັນ. ອີກເທື່ອໜຶ່ງ, ເພື່ອຄວບຄຸມ ເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ, 10 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທີ່ຫຼັງຈາກວັນທີອອກແຈ້ງການສະບັບນີ້.

**ທ່ານມີສິດໃນການຮັກສາຄວາມລັບ. ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ, ທຸກອົງການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການແມ່ນຖືກຜູກມັດໂດຍ ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ເພື່ອນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງຄົວ ເຮືອນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ ສໍາລັບຈຸດປະສົງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການບໍລິຫານໂຄງການ ແລະ ຕາມມາດຕະຖານຂອງກົດ ໝາຍ ວ່າດ້ວຍການປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ສໍາລັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນບຸກຄົນໄດ້. ຂໍ້ຈຳກັດຂອງ HIPAA ບັ້ງ ກັນພວກເຮົາຈາກການສົນທະນາຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ ອະນຸຍາດ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີໜັງສືມອບອໍານາດ ຫຼື ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມການເຫັນດີອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ອັນນີ້ປະກອບມີການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ, ພະຍາດ HIV, ໂລກເອດສ, ຜົນກວດພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສໍາພັນ ຫຼື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເພິ່ງພາກັບສານເສມີ.**

EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນອື່ນໆໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍືນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດໂຮດໂອແລນ ແລະ ລະບຽບການທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ DHS ແລະ ລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ Medicaid. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຖືກພົບເຫັນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການລະເມີດຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດ ໂຮດໂອແລນ ຈະຖືວ່າມີຄວາມຜິດ. ຜູ້ລະເມີດແມ່ນຂຶ້ນກັບການບັບໃຫມ່ສູງສຸດຂອງສອງຮ້ອຍໂດລາ (\$ 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, ເພື່ອດຳເນີນການໃນນາມຄົວເຮືອນໃນການສະໝັກເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ ໂຄງການ ຫຼື ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະເປັນ ຫຼື ບໍ່ເປັນບຸກຄົນດຽວກັນທີ່ຖືກ ແຕ່ງຕັ້ງ ໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຂັ້ນຕອນການສະໝັກ ຫຼື ສຳລັບການຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການໃນການລາຍ ງານ. ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງໄດ້ເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍເອົາການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີລາຄາບໍ່ແພງຂອງ Medicaid, EOHHS ຮຽກຮ້ອງ ໃຫ້ພະແນກຕ້ອງ:

- ໃຫ້ທ່ານມີເວລາສາມສິບ (30) ວັນ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການ ເພື່ອທົບທວນຄືນຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ ມູນໃຫ້ພວກເຮົາ ຫຼື ຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດ, ປິດ ຫຼື ບ່ຽນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ຢ່າງໜ້ອຍ ສິບ (10) ວັນ ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຢຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- ໃຫ້ການຕັດສິນໃຈເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ທ່ານ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ. ການຄຸ້ມຄອງການຮັກສາ ສຸຂະພາບ ແລະ ບາງກໍລະນີທີ່ມີຄວາມພິການອາດຈະໃຊ້ເວລາສີ່ສິບຫ້າ (45) ຫາ ເກົ້າສິບ (90) ວັນ.
- ສືບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ຂອງໂຮດໄອແລນ ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການອື່ນ ຫຼື ບໍ່.

**ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ**

**ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:**

**ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ**ໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການຈັດການທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານ ໃນຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.

**ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ**ໃນການສະໜອງຕົວເລກປະກັນສັງຄົມ (ຫຼື ຫຼັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກ) ສຳລັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານ, ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງຄຸນສົມບັດ. ການເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສະໝັກ, ພ້ອມທັງເລກປະກັນສັງຄົມຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງ ທ່ານທັງຫມົດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການປີ 2008 (ກ່ອນໜ້ານີ້ແມ່ນ ກົດໝາຍປະທັບຕາອາຫານ), ດັ່ງທີ່ໄດ້ບັນຍັດ, 7 USC 2011-2036 ແລະ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ (ແລະ). ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກພິຈາລະນາ ວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດ ຫຼື ສືບຕໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມ SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP ແລະ/ຫຼື ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ ດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ພະແນກຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍຜ່ານການຈັບຄູ່ກັບຄອມພິວເຕີກັບພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຝຶກ ອົບຮົມ, ອົງການປະກັນສັງຄົມ, ບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ, ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການ ແລະ ອົງການລັດຖະບານ ແລະ ເອກະຊົນອື່ນໆທີ່ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍ, ລະບົບຂໍ້ບັງຄັບ ຫຼື ສັນຍາ ແລະ ພວກເຂົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ. ຂໍ້ມູນລາຍຮັບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກອົງການເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP, GPA, ການດູແລເດັກ, RIW, Medicaid ແລະ ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງ ດ້ານການເງິນໃນຈຳນວນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຂໍ້ມູນນີ້ຍັງຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຕິດຕາມການປະຕິບັດຕາມລະບົບການຂອງໂຄງການ, ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງ ໂຄງການ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການສໍ້ໂກງ ແລະ ກວດສອບການຮ້ອງຂໍການຮັກສາສຸຂະພາບ.

ຂໍ້ມູນນີ້ສາມາດເປີດເຜີຍໃຫ້ອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆ ສຳລັບການກວດສອບຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ກົດໝາຍເພື່ອຈັບກຸມຜູ້ຫຼົບຫນີທີ່ຫຼີກລ່ຽງກົດໝາຍ. ຖ້າມີການຮຽກຮ້ອງເກີດຂຶ້ນຕໍ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ສະໜອງໃຫ້ ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ, ລວມທັງ SSNs ທັງຫມົດ, ອາດຈະຖືກສົ່ງໄປຫາອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດເຊັ່ນດຽວກັນກັບອົງການ ເກັບກຳຄຳຮ້ອງຂໍເອກະຊົນ ສຳລັບການດຳເນີນການເກັບກຳຄຳຮ້ອງຂໍ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດ ກໍ່ຕາມ, ການບໍ່ສາມາດສະໜອງ SSN ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ສະໝັກຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຖືກປະຕິເສດ. SSN ໃດໆທີ່ສະໜອງ ໃຫ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນແບບດຽວກັນກັບ SSN ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທິ.

**ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ**ໃນການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ດຳເນີນການກວດກາການ ຄອບຄຸມຄຸນນະພາບ.

**ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ**ໃນການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບວຽກງານໃນໂຮດໄອແລນ, ການ ຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດູແລເດັກ ຫຼື Medicaid. ທ່ານຕ້ອງຊ່ວຍສ້າງ, ບັບຍຸງ ຫຼື ບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກສຳລັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນການ ດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງຄວາມເປັນພໍ່-ແມ່ (ຖ້າຈຳເປັນ). ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະເຊື່ອວ່າການຮ່ວມ ມືກັບຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກເຮັດໃຫ້ທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ, ຫຼື ລູກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ຄວາມເສຍຫາຍຈາກ ພໍ່-ແມ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ທ່ານອາດຈະຂໍເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະບໍ່ຮ່ວມມື.

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



**ໂຄງການ ການເຮັດວຽກຂອງໂຮດໄອແລນ, Medicaid, ການຊ່ວຍເຫຼືອດວເດັກ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະທົ່ວໄປ**

**ພັນທະ ແລະ ໜ້າທີ່**

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

**ກ.) ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດັກ ແລະ ການຈັດຕັ້ງການເປັນພໍ່**

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທິທຽມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສຳລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ສຳລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ບໍ່ວ່າຈະປະຕິບັດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ເປັນຕົວແທນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), ຕໍ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລົ້ມເຫລວໃນການໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ການບໍາລຸງຮັກສາ ແລະ ການດູແລທາງການແພດສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ລູກນ້ອຍ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈ່າຍໂດຍໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງອົງການ. ໃນຄວາມສາມາດນີ້, DHS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສ້າງຕັ້ງຄຸດດຳເນີນຄະດີເພື່ອສ້າງຕັ້ງຄວາມເປັນພໍ່ແລະ/ຫຼື ເພື່ອເກັບກຳການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຕົວເອງ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກທີ່ໄດ້ຮັບຫຼືໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ DHS ແລະ/ຫຼື EOHHS. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຢຸດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບອກຫ້ອງການບໍລິຫານດູແລດັກ ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການສະໜັບສະໜູນດັກ/ທາງການແພດເຊັ່ນ: ຖ້າລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ມີການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

**ຂ.) ກ່ຽວກັບເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກພາກຄົນທິສາມ**

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທິທຽມໃຫ້ກັບ DHS ຫຼື EOHHS, ສຳລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທາງກົດໝາຍເພື່ອເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ສຳລັບຈຳນວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກບຸກຄົນທິສາມເທົ່າກັບຈຳນວນເງິນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ສະໜອງໃຫ້ເປັນຜົນມາຈາກອຸບັດຕິເຫດ, ການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍ.

**ຄ.) ກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກຄ່າຊົດເຊີຍຂອງຄົນເຮັດວຽກ**

ພະແນກບໍລິການດ້ານມະນຸດ ແລະ/ຫຼື ຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການດ້ານມະນຸດ ອາດຈະວາງຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຄຳຕັດສິນ, ຄຳສັ່ງ ຫຼື ການຕົກລົງທີ່ຍັງຄ້າງຄ້າງ, ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຊົດເຊີຍຄົນເຮັດວຽກຂອງລັດໂຮດໄອແລນ, ບົດທີ 28-29 ຫາ 28-38 ຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດໂຮດໄອແລນ. ຈຸດປະສົງຂອງການສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນລູກໜີ້ແມ່ນເພື່ອຮັບປະກັນການຊົດເຊີຍໃຫ້ແກ່ລັດ ສຳລັບການຈ່າຍເງິນທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ໄດ້ເຮັດກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໃນນາມຂ້າພະເຈົ້າ ສຳລັບໄລຍະເວລາທີ່ຄ່າຊົດເຊີຍ, ຄຳສັ່ງ ຫຼື ການຈັດສັນຂອງແຮງງານຖືກມອບໃຫ້.

**ງ.) ກ່ຽວກັບສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເສຍຊີວິດສຳລັບການຊົດເຊີຍຂອງ Medicaid**

ອີງຕາມ R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS ສາມາດວາງສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບ Medicaid ທີ່ມີອາຍຸຫຼ້າສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ເສຍຊີວິດ. ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງພາກສ່ວນນີ້, ຄຳວ່າ "ຊັບສິນ" ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບຸກຄົນທີ່ເສຍຊີວິດຈະລວມທັງຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງ ແລະ ສ່ວນຕົວ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆທັງໝົດ ທີ່ລວມ ຫຼື ລວມຢູ່ໃນຊັບສິນທີ່ພິສູດວ່າເຈດຕະນາຖືກຕ້ອງຂອງບຸກຄົນນັ້ນ. ຈຳນວນເງິນທັງໝົດຂອງ Medicaid ທີ່ຈ່າຍໃນນາມຜູ້ຮັບ Medicaid ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຫຼ້າສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນຫນ້າສິນຕໍ່ລັດ ແລະ ປະກອບເປັນຫນ້າສິນຕໍ່ຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງ EOHHS. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນແມ່ນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບທີ່ລອດຊີວິດຈາກຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າ ກວ່າ ຊາວແອັດປີ (21) ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຕາບອດ ຫຼື ພິການຢ່າງຖາວອນ ແລະ ພິການທັງໝົດຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ XVI (SSI) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ. ທີ່ດິນຂອງລົນເຜົ່າ ແລະ ຊັບສິນທີ່ຂຶ້ນກັບຊາວອາເມຣິກັນອິນເດຍ ແລະ ຊາວພື້ນເມືອງອາວາສາກາເນຍ ອາດຈະຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການຜົ້ນຝູ.



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

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ EOHHS ແລະ DHS ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງບັນຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃນໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໃນບັນຊີສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບການບໍລິຫານໂຄງການໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜັມກ ແລະ/ຫຼື ອາດຈະໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ຂ້າພະເຈົ້າຕາມກົດໝາຍ, 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 ໂມງແລງ) ຫຼື HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-4774 (ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, ຍົກເວັ້ນວັນພັກ, ຈາກ 8 ໂມງເຊົ້າ-6 ໂມງແລງ)
- ດ້ວຍຕົນເອງ: ໄປຮຽນຢາມຫ້ອງການ DHS ຫຼື ສະເໜີຄໍາຮ້ອງຂໍຢຸດເຊົາການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໃນກ່ອງຮັບທີ່ປອດໄພໃດໜຶ່ງທີ່ຫ້ອງການ DHS ແລະ ສູນຄອບຄົວໃນພາກພື້ນ. ສໍາລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ຫຼື ໂທຫາ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- ທາງໄປສະນີ: ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້ຢ່າງໜ້ອຍສອງອາທິດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສິ້ນສຸດລົງ 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 ຍ້ອນຂໍ້ມູນການສໍ້ໂກງໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.

**ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດູແລດ້ານສຸຂະພາບພິເສດ**

ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການເພີ່ມເຕີມຜ່ານ Medicaid ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ.

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



**ບັນຊີ #: 775301588**

ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງວ່າພວກເຂົາມີຄຸນສົມບັດຕາມຄວາມຕ້ອງການ ການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ ຫຼື ບໍ່. ໂທ (855) 712-9158 ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງ [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

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



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 ដោយមិនគិតលុយ 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: ɔ̃ jũ ké m̃ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò b̃éin m̃ gbo kpáa. Dé 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 (EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື້ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງ ກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງ ອອກ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຈໍາແນກເຜົ່າພັນ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈໍາແນກເຜົ່າພັນ ສໍາລັບການແກ້ໄຂຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການບໍລິຫານປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສໍາລັບຄົນໜຸໜວກ/ຜູ້ມີຂໍ້ປົກພ້ອງການໄດ້ອິນສຽງ 1-800-745-6575; TTY 711).

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

