



DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE
49 Dtwo St
Smithfield, RI 02828

ວິທີເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ

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

ສຳລັບຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ລາຄາບໍ່ແພງ ຫຼື ໂຄງການບໍລິການມະນຸດ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກບໍລິການມະນຸດທີ່ເບີ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

ລັດ ໂຮດໄອແລນ

ບໍລິການ MEDICAID ໄລຍະຍາວ ແລະ ສະໜັບສະໜູນການຕໍ່ອາຍ

(ການມີສິດໄດ້ຮັບ Katie Beckett, ການບໍລິການບ້ານ ແລະ ຄຸມຄຸນສຳລັບຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຜູ້ພິການ, ສະຖານພະຍາບານ, BHDDH ແລະ PACE)

ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເອກະສານສຳລັບທ່ານ

ຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈະຖືກຕໍ່ອາຍໂດຍອັດຕະໂນມັດສຳລັບ Medicaid

ຊື່ໂຄງການ	ຊື່	ວັນທີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນ ບັດຈຸບັນຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍ
Medicaid	[REDACTED]	07/01/2023

ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍໄດ້ແນວໃດ?

ແບບຟອມນີ້ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ. ກະລຸນາກວດເບິ່ງແບບຟອມທັງໝົດເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຂໍ້ມູນຍັງຖືກຕ້ອງ.

- **ຖ້າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ, ຢ່າເຮັດຫຍັງເລີຍ:** ຖ້າຂໍ້ມູນທັງໝົດຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຍັງຖືກຕ້ອງ, ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ຂອງທ່ານຈະຖືກຕໍ່ອາຍໂດຍອັດຕະໂນມັດອີກໜຶ່ງປີ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບໜຶ່ງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ຂອງທ່ານແມ່ນສືບຕໍ່ກ່ອນວັນທີຕໍ່ອາຍ.
- **ຖ້າມີການປ່ຽນແປງ, ລາຍງານໃຫ້ເຂົາເຈົ້າ:** ຖ້າທ່ານກຳລັງລາຍງານການປ່ຽນແປງ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນມາເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງ. ພວກເຮົາຈະທົບທວນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາຄືນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດຕໍ່ອາຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດອີກສະບັບໜຶ່ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ອນວັນທີຕໍ່ອາຍ.
- **ຫາກທ່ານຖືກຖາມໃຫ້ຈັດກຽມເອກະສານເພີ່ມເຕີມ** ຫຼື ທ່ານລາຍງານການປ່ຽນແປງ ພວກເຮົາຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດຕໍ່ອາຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ຂອງທ່ານຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດອີກສະບັບໜຶ່ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ອນວັນທີຕໍ່ອາຍ.

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



ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຫຍັງແດ່?

- **ລາຍຮັບ:** ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍຮັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ LTSS ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼືຄົນເພິ່ງພາອາໄສໃດໆທີ່ຖືກພິຈາລະນາໃນການກຳນົດຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລໃນແຕ່ລະເດືອນ. ຖ້າຫາກການຕໍ່ອາຍຸນີ້ໄວ້ສໍາລັບເດັກ Katie Beckett ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ພວກເຮົາພຽງແຕ່ຕ້ອງການຮູ້ລາຍໄດ້ຂອງເດັກ. ບໍ່ຈຳເປັນມີການປະກອບສ່ວນທີ່ຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລ.
- **ຊັບພະຍາກອນ:** ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງຮູ້ວ່າ ຊັບພະຍາກອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ/ຫຼື ວ່າຊັບພະຍາກອນໃດໆທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເປັນເຈົ້າຂອງຢ່າງແທ້ຈິງ ຫຼື ຮ່ວມກັນໄດ້ຖືກຂາຍ ຫຼື ໂອນໃຫ້ຜູ້ອື່ນ.
- **ທີ່ຢູ່ ແລະ ການຈັດແຈງທີ່ຢູ່ອາໄສ:** ບອກພວກເຮົາວ່າຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ LTSS ໄດ້ຍ້າຍ ຫຼືປ່ຽນທີ່ຢູ່, ເຂົ້າມາ ຫຼື ອອກຈາກບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ເຮືອນເປັນກຸ່ມ ຫຼື ຢູ່ໃນຮູບແບບການດຳລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ ແບບໃໝ່ ຫຼື ແຕກຕ່າງກັນ.
- **ເຈົ້າຂອງເຮືອນມີຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກ:** ສໍາລັບຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນສະຖານພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ: ຖ້າຫາກທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນທີ່ເປັນທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຖືວ່າທ່ານຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບຄືນໄປອາໄສຢູ່ໃນອະສັງຫາລິມະສັບນີ້ໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມໃນອະນາຄົດ, ຖ້າມີການປ່ຽນແປງຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບຄືນໄປຍັງທີ່ຢູ່ອາໄສນີ້, ກະລຸນາອັບເດດພາກທີ 5 ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
- **ສະພາບການຄອບຄົວ ແລະ ຄົວເຮືອນ:** ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ວ່າມີການປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ເຊັ່ນວ່າ: ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ໄດ້ເສຍຊີວິດແລ້ວ, ໄດ້ຮັບການຢ່າຮ້າງ, ແຕ່ງງານກັບຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຍ້າຍເຂົ້າ, ອອກ ຫຼື ຂາຍເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ນັບເປັນຊັບພະຍາກອນ. ຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຈຳເປັນສໍາລັບການຕໍ່ອາຍຸຂອງເດັກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Katie Bckett.
- **ສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງ:** ທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາວ່າສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ LTSS ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ໄດ້ປ່ຽນແປງຕັ້ງແຕ່ວັນທີການສະໜັກທໍາອິດ ຫຼື ການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງຫຼ້າສຸດ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງ ແລະ ຕໍ່ອາຍຸການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແນວໃດ?

ມີຫຼາຍວິທີທີ່ຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງ. ກະລຸນາອ່ານຄໍາແນະນໍາຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ.

- **ຈົດໝາຍ:** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຕອບທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຄໍາວ່າ “Updated Information” (ຂໍ້ມູນອັບເດດ) ຂອງແຈ້ງການນີ້. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ພິມໄວ້ວ່າໜ້າ ແລະ ທ່ານກໍາລັງສ້າງແບບຟອມນີ້ຄືນ, ໃຫ້ຕື່ມ “ຂໍ້ມູນປະຈຸບັນ” ລົງໃນກ່ອງຂໍ້ມູນ. ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນແບບຟອມ. ທ່ານສາມາດສ້າງແບບຟອມໄປທີ່ທີ່ຢູ່ດ້ານເທິງຂອງແຈ້ງການນີ້. ເດັກນ້ອຍທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Katie Beckett ຄວນສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **ໄປສົ່ງຢູ່ທີ່ຫ້ອງການຂອງພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department on Human Services, DHS):** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ຫ້ອງການ DHS, ກະລຸນາປະຕິບັດຕາມຄໍາ ແນະ ນໍາທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ສໍາລັບຈົດໝາຍ. ສໍາລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ www.dhs.ri.gov ຫຼື ໂທ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **ອອນລາຍ:** ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ “User Account” (ບັນຊີຜູ້ໃຊ້) ຂອງທ່ານທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov> ແລະ ເຮັດການປ່ຽນແປງ.

ເບິ່ງບັນຊີຂອງທ່ານອອນລາຍ

ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຍັງມີຢູ່ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov/>. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນຊີຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຊື່ຜູ້ໃຊ້ [REDACTED]. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຈື່ລະຫັດຜ່ານຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດດົງຂໍ້ມູນໂດຍການຄລິກ LOG IN (ເຂົ້າສູ່ລະບົບ) ຈາກນັ້ນ, ຄລິກໃສ່ Forgot Username/Password? (ລືມຊື່ຜູ້ໃຊ້/ລະຫັດຜ່ານ?) ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov/>. ຜ່ານບັນຊີຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດສະໝັກ ແລະ ຕໍ່ອາຍຸເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍງານການປ່ຽນແປງ.

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

ແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸ LTSS

ທິດທາງ: ກະລຸນາອ່ານແບບຟອມນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ຖ້າທ່ານກຳລັງລາຍງານການປ່ຽນແປງ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະສົ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸທັງໝົດກັບມາ, ລວມທັງໜ້ານີ້.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ

	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ການຕິດຕໍ່ຫຼັກ ແລະ ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ	██████████	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ	██████████ FL 34747	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ L TSS ອາໄສຢູ່ດຽວນີ້	██████████ FL 34747	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ເບີໂທລະສັບ	██████████	
ອີເມວ		
ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	██████████	

1. ລາຍຮັບ:

ນັບຕັ້ງແຕ່ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນເບື້ອງຕົ້ນໄດ້ນຳໃຊ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງຫຼ້າສຸດ, ມີການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ບໍ່? ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍຮັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ນອກຈາກນີ້, ພວກເຮົາຍັງຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ຊື່ ແລະ ລາຍໄດ້ຂອງຄູ່ສົມລົດ ແລະ ຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສນຳ ເຊິ່ງພວກເຮົາຕ້ອງພິຈາລະນາໃນເວລາທີ່ກຳນົດຈຳນວນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ L TSS ທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ຕ້ອງຈ່າຍຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລ.

ຖ້າກ່ອງແມ່ນເປົ່າ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການຮ້ອງຂໍ.

ຖ້າກ່ອງຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ເອົາຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອອກມາ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງໃນແຖວຫວ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເພີ່ມຊື່ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສໃໝ່.

ສິ່ງຫຼັກການຂອງລາຍຮັບໃໝ່ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ຖືກແກ້ໄຂດ້ວຍແບບຟອມນີ້.

ໝາຍເຫດ: ສຳລັບເດັກນ້ອຍທີ່ໄດ້ຮັບສິດ ເຄດີ້ ເບກເກັດ (Katie Beckett), ກະລຸນາລວມເອົາລາຍໄດ້ຂອງເດັກນ້ອຍເທົ່ານັ້ນ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍຮັບທີ່ຈະລາຍງານ



ຊື່	SSN	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບ ຜົນປະໂຫຍດ LTSS	ລາຍຮັບ/ ປະເພດ
██████████	XXX-XX-██████████	██████████	Self	\$ 582.56/ Employment

2. ຊັບພະຍາກອນ

ນັບຕັ້ງແຕ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ L TSS ໄດ້ນຳໃຊ້ໃນເບື້ອງຕົ້ນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງສຸດຫຼ້າສຸດ, ມີການປ່ຽນແປງໃດໆໃນ ຊັບພະຍາກອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເປັນເຈົ້າຂອງ, ລວມທັງການເພີ່ມຂຶ້ນ ຫຼື ຫຼຸດລົງໃດໆບໍ່? ຖ້າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ມີ ຊັບພະຍາກອນໃໝ່ ຫຼື ມີການປ່ຽນແປງ (ຂາຍ ຫຼື ໂອນ), ກະລຸນາບອກພວກເຂົາຂ້າງລຸ່ມນີ້ພາຍໃຕ້ “ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ”. ຖ້າແບບຟອມ ຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ຂີດຂ້າຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກປັບປຸງຢ່າງຖືກຕ້ອງໃນກ່ອງທາງຂວາ.

ໝາຍເຫດ: ຊັບພະຍາກອນລວມທັງເງິນສົດໃນມື, ເງິນຝາກປະຢັດ ແລະ ບັນຊີເງິນເຊັກ, ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ, ຮຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ບັນຊີທີ່ມີສິດທິ, ກອງທຶນລວມ, ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ, ແລະອື່ນໆ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນຊັບພະຍາກອນທີ່ຈະລາຍງານ.

ຊື່ເຈົ້າຂອງ	ຊັບພະຍາກອນ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	ຍານພາຫະນະ	-	
	ເງິນເຊັກ/ເງິນຝາກປະຢັດ	-	
	ຫຸ້ນ/ພັນທະບັດ	-	
	ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ	-	
	ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ	-	
	ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ	-	
	ເງິນປະຈຳປີ	-	
	ບັນຊີ IRA, 401K, 403B, Keogh	-	
	ສັນຍາການຜັງ ຫຼື ບັນຊີ	-	
	ອື່ນໆ	-	

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



2ກ. ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ

ຖ້າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງປະຕິບັດໃນນາມຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ ຫຼື ໂອນສິ່ງຂອງທີ່ມີຄຸນຄ່າໃດໆ ເຊັ່ນ: ມໍລະດົກ, ຊັບສິນ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ, ການແຈກຢາຍ IRA, ສັນຍາການຜັງສົບ, ຫຼັກຊັບຫຸ້ນ, ກອງທຶນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ, ແຜນການປະຈຳປີ, ບັນຊີນາຍໜ້າ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ ຫຼື ຄ້າຍຄືກັນເຂົ້າໄປໃນຄວາມໄວ້ວາງໃຈພາຍໃນຫົກສິບ (60) ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ຕົ້ມໃສ່ກ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ສົ່ງຫຼັກຖານ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີກິດຈະກຳທີ່ໄວ້ວາງໃຈໄດ້ທີ່ຈະລາຍງານ.

ລາຍລະອຽດຂອງລາຍການ	ວັນທີການດຳເນີນງານ	ມູນຄ່າ/ຈຳນວນສິນຄ້າທີ່ວາງໄວ້ໃນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ

3. ອະສັງຫາລິມະສັບ, ລວມທັງເຮືອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS

ມີການປ່ຽນແປງໃດໆໃນຄວາມສົນໃຈຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນອະສັງຫາລິມະສັບ/ຊັບສິນ (ເຊັ່ນ ເຮືອນ ຫຼື ທີ່ດິນ) ນັບຕັ້ງແຕ່ເວລາສະຫມັກທຳອິດ ຫຼື ການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງສຸດທ້າຍບໍ່? ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນກ່ອງຫວ່າງ ຫຼື ແກ້ໄຂຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໃດໆໃນຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ສົ່ງເອກະສານໃຫ້ພວກເຮົາກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂາຍ, ການໂອນເງິນ ແລະ ລາຍຮັບມາໃຫ້ພວກເຮົາ.

ບໍ່ມີການປ່ຽນແປງອະສັງຫາລິມະສັບ/ຊັບສິນທີ່ຕ້ອງລາຍງານ.

ອະສັງຫາລິມະສັບ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
1. ບ້ານຢູ່ອາໄສຫຼັກ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ຄູ່ສົມລົດ/ຄົນທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຢູ່ເຮືອນ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ລາຍຮັບຈາກອະສັງຫາລິມະສັບ - ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ສັນຍາເຊົ່າ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ວັນທີຂາຍ/ໂອນ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	



2. ຊັບສິນອື່ນໆ/ທີ່ຢູ່ອາໄສ (ທີ່ຢູ່)	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ມູນຄ່າທຶນ - ມູນຄ່າໜ້ອຍກວ່າໜີ້ສິນ, ໜີ້ສິນ, ເງິນກູ້ຢືມ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ລາຍຮັບຈາກອະສັງຫາລິມະຊັບ - ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ສັນຍາເຊົ່າ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ວັນທີຂາຍ/ໂອນ	ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	

4. ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບ

ໃຫ້ຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ ແລະ ບັບປຸງແລ້ວກ່ຽວກັບທຸກຮູບແບບຂອງການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແກ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໂດຍການຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ບ່ອນຫວ່າງ ຫຼື ແກ້ໄຂຂໍ້ມູນທີ່ພົມໄວ້ກ່ອນໃນກ່ອງຫວ່າງໃນແຖວຂ້າງລຸ່ມນີ້. ລວມທັງນາຍຈ້າງ, ຜູ້ບໍານານ ແລະ ແຜນສຸຂະພາບເອກະຊົນອື່ນໆ; ແຜນສຸຂະພາບທັນຕະກຳ, ການເບິ່ງເຫັນ ແລະ ແຜນເສີມອື່ນໆ ແລະ Medicare, Tricare ແລະ ແຜນລັດຖະບານທີ່ຄ້າຍຄືກັນ.

ກະລຸນາສົ່ງສໍາເນົາດ້ານໜ້າ ແລະ ດ້ານຫລັງຂອງບັດປະກັນສຸຂະພາບໃໝ່ ແລະ ຖືກບັບປຸງໃໝ່ທັງໝົດ ສໍາລັບແຜນການເຖິງນີ້.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ຈະລາຍງານ

ການປະກັນໄພສຸຂະພາບ	ຊື່ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ	ຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນ



**ພາກທີ 5: ສຳລັບຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ
ມີຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ອາໄສທັກ**

ພຽງແຕ່ເຮັດສຳເລັດ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານ ແລະ ເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນ.

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ຂໍຢືນຢັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງອະສັງຫາລິມະສັບທີ່ຕັ້ງຢູ່
(ຊື່ຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ)

ທີ່ _____ (ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ) _____ (ເມືອງໃຫຍ່) _____ (ລັດ ແລະ ລະຫັດໄປສະນີ)

ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນຢັນວ່າ ອະສັງຫາລິມະສັບນີ້ແມ່ນທີ່ຢູ່ອາໄສທັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ;

ຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງອະສັງຫາລິມະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ: (ກະລຸນາກວດສອບຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງ)

- Solely Jointly
- Tenants in common Life Estate

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ DHS (ພາຍໃນສົບ (10) ມື້) ກ່ຽວກັບການ
ປ່ຽນແປງໃດໆໃນຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງອະສັງຫາລິມະສັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ DHS ຊາບກ່ຽວກັບການ
ປ່ຽນແປງໃດໆໃນຄວາມຕັ້ງໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະກັບຄືນໄປອາໄສຢູ່ໃນອະສັງຫາລິມະສັບທີ່ຖືກລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ; ສະນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າລາຍ
ງານການປ່ຽນແປງຕໍ່ໄປນີ້: (ຂຽນຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອສະແດງການປ່ຽນແປງ)

_____.



<p><u>ຄຳເຕືອນບົດລົງໂທດ</u></p>	
<p>“ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຄວາມສຳໄລງ, ຂ້າພະເຈົ້າສາບານວ່າຮູບແບບການຕໍ່ອາຍຸນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ ຂ້າພະເຈົ້າຟັງແລ້ວ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂໍ້ມູນແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກໃນນາມບຸກຄົນ ອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າສາບານວ່າໃບສະໝັກນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງລາວ, ຂໍ້ເທັດຈິງແມ່ນ ຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.”</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ວັນທີ:</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ພໍ່-ແມ່ ວັນທີ:</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ພິທັກ/ຜູ້ຖືສິດອຳນາດທະນາຍຄວາມ ວັນທີ:</p>	
<p>ເບີໂທລະສັບ</p>	<p>ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຢູ່ທີ່ພະແນກ ວັນທີ:</p>
	<p>()</p>



ການຍືນຍອມຂອງທ່ານທີ່ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ

ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ດີກວ່າຖ້າພວກເຮົາສາມາດເຮັດວຽກກັບອົງການ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍຊານອື່ນໆທີ່ຮູ້ຈັກທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໂດຍການເລືອກໝາຍໃສ່ກ່ອງ “ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ”, ທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນລັບກ່ຽວກັບທ່ານຈາກຫຼາຍໆແຫຼ່ງລວມທັງ RI. ພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ, RI. ພະແນກບໍລິການມະນຸດ, ໂຮດໂອແລນ. ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ, ໂຮດໂອແລນ. ພະແນກສາທາລະນະສຸກ, ໂຮດໂອແລນ. ພະແນກແກ້ໄຂ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍຊານໃນນາມຂອງສູນບໍລິການ Medicaid ແລະ Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ແລະ ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ.

ພວກເຮົາຈະບໍ່ປະຕິເສດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໆ ຫຼືເຂົ້າເຖິງໂຄງການໃດໆທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບພຽງແຕ່ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຫາກບໍ່ມີການອະນຸມັດຈາກທ່ານ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການເຂົ້າເຖິງໂຄງການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນບາງຢ່າງທີ່ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. ການອະນຸມັດຂອງທ່ານແມ່ນຈຳເປັນ ເພື່ອພິຈາລະນາຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານ.

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

ການແບ່ງປັນ ແລະ ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງ “ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ” ຈະຖືກປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທັງໝົດທີ່ປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດເຖິງ: ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍບັນຊີ ແລະ ການປະກັນໄພສຸຂະພາບປີ 1996 (Pub. L. 104-191 ທີ່ຮູ້ຈັກກັນໃນນາມ HIPAA; The RI. 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. ຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງປັນໂດຍການໂອນຂໍ້ມູນຄອມພິວເຕີ.

ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງທຳອິດຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ສຳລັບການເອົາ ແລະ ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນລັບກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອກຳນົດສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກລັດ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການໃຫ້ທຶນຈາກລັດອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຜ່ານເວັບໄຊນີ້, ເພື່ອວາງແຜນ, ໃຫ້ ແລະ ປະສານສົມທົບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການຈ່າຍເງິນ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າການມີສິດໄດ້ຮັບບາງໂຄງການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການຕັດສິນໃຈນີ້



ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປັບປຸງທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກະຊວງກະສິກໍາ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໃດໜຶ່ງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການລ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແຕ້ງແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສໍາລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທົນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນໍາໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແຕ້ງແຄ້ນ ແລະ ກຳນົດຄວາມໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສໍາລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເບົາຫມາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສັ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA, AD-3027, ສາມາດພົບໄດ້ທາງອອນລາຍໄດ້ ທີ່ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> ແລະ ຢູ່ຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສັ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍໃນແບບຟອມ. ເພື່ອຂໍສໍາເນົາແບບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ໂທ (866) 632-9992. ສັ່ງແບບຟອມ 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) ແຜ້ກ: (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 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຜົ້ນຟູຂອງປີ 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 (Department of Human Services, DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປັບປຸງ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ.

ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໃດໜຶ່ງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈໍາເລນກເຫຼົ່ານີ້ ສໍາລັບການແຕ້ງແຄ້ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, 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. ຈໍາໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ພົວພັນຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການຜົ້ນຟູ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອໍານວຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປ ສໍາລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສໍາລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ຄວາມທົນສະໜັບສະໜູນຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສັ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເຫມາະສົມ.

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 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, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, 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 nià ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̩ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò b̩ɛ̀n m̩ 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: (711 TTY).

ແຈ້ງການ-ການບໍລິຫານປະຕິບັດ

ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິການມະນຸດ (EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປື້ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງ ກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງ ອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍລິຫານປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສຳລັບຄົນຫຼືຫມວກ/ຜູ້ມີຂໍ້ບົກພ່ອງການໄດ້ອິນສຽງ 1 800 745 6575 ສຽງ; TTY 711).

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

