



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXX

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

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

ລັດ ໂຮດໄອແລນ

ບໍລິການ MEDICAID ໄລຍະຍາວ ແລະ ສະໜັບສະໜູນການຕໍ່ອາຍ

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

ການດໍາເນີນການທີ່ຈໍາເປັນ: ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເອກະສານສໍາລັບທ່ານ

ທຸກໆປີ, ພວກເຮົາຕ້ອງທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ ຫຼື ບໍ່ ອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ. ຫຼັງຈາກນັ້ນພວກເຮົາຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍໃຊ້ເຄື່ອງມືຍືນຍັນທາງເອເລັກໂຕຣນິກ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດລະບຸໄດ້ວ່າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ໂດຍອີງກວດສອບຍັງຍືນຍາຍນອກ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ພວກເຮົາ. ເພື່ອສືບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຂອງທ່ານ ແລະ ຈຶ່ງບໍ່ສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາກວດເບິ່ງແຈ້ງເຕືອນທັງໝົດນີ້, ອັບເດດຂໍ້ມູນບ່ອນທີ່ມີ, ເຊັນຊີ້ ແລະ ສົ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸພາຍໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຮັດແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸທີ່ລົງນາມໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ລະບົບຈະປະເມີນ ແລະ ພິຈາລະນາການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບທາງເລືອກການປະກັນໄພສຸຂະພາບຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

ຊື່ໂຄງການ	ຊື່	ວັນທີຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນປະຈຸບັນກໍານົດເວລາໃຫ້ສິນສຸດລົງ
Medicaid		06/01/2023

ກະລຸນາອີ່ນເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ ແລະ ແບບຟອມຕໍ່ອາຍຸທີ່ລົງນາມພາຍໃນໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຕາມລາຍການຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ເອກະສານພາຍໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ລະບົບຈະປະເມີນ ແລະ ພິຈາລະນາການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບທາງເລືອກການປະກັນໄພສຸຂະພາບຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

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



ຊື່	ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ:	ຂໍ້ມູນທີ່ກຳນົດໄວ້ໃດໆ:	ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ (ກະລຸນາສົ່ງຄືນໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້):
G [REDACTED] P [REDACTED]	ລາຍຮັບທີ່ລ່ຖ້າຮັບ (ລວມທັງການປະກັນໄພ ຄວາມພິການ ຊົ່ວຄາວ ຫຼື ບໍານານ, ປະກັນໄພພິການຜູ້, ລອດຊີວິດ)	05/01/2023	ໃບກວດສອບຫຼັກຖານເມັອບດິນມານີ ຈົດໝາຍ ຫຼື ເອກະສານຈາກ ບຸກຄົນ/ ອົງການທີ່ຈ່າຍເງິນ ບັນທຶກສານ ຫຼື ເອກະສານທາງກົດໝາຍ ອື່ນໆ ບັນທຶກທະນາຍຄວາມ ຈົດໝາຍຂອງຊົນເຜົ່າ ໃບຊີເວຈາກຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ ໃບແຈ້ງຍອດ ທະນາຄານ ຫຼື ການເງິນອື່ນໆ ຈົດໝາຍຮັບລາງວັນ AP-91 ສັນຍາເງິນກູ້ ຄຳສັ່ງຂອງສານສຳລັບການລ້ຽງ ດູເດັກ ຄຳຊີເວຈາກພໍ່ແມ່ ການໃຫ້ເບິ່ງແຍງດູແລ ຂໍ້ຕົກລົງການສະໜັບສະໜູນ

ແບບຟອມນີ້ຕ້ອງຖືກສົ່ງຄືນພາຍໃນວັນທີ 05/01/2023. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບການລົງນາມທີ່ສ້າງຂຶ້ນພາຍໃນມື້ນັ້ນ, ການຄຸ້ມຄອງ ສິດທີ່ໄດ້ຮັບMedicaid LTSSຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກຕໍ່ອາຍຸ ແລະ ທ່ານຈະສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງໃນວັນທີ 05/31/2023.

ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຫຍັງແດ່?

- **ລາຍຮັບ:** ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍຮັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ LTSS ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄົນເພິ່ງພາອາໄສໃດໆທີ່ຖືກພິຈາລະນາໃນການກຳນົດຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລໃນແຕ່ລະເດືອນ. ຖ້າຫາກການຕໍ່ອາຍຸມີໄວ້ສຳລັບເດັກ Katie Beckett ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ພວກເຮົາພຽງແຕ່ຕ້ອງການຮູ້ລາຍໄດ້ຂອງເດັກ. ບໍ່ຈຳເປັນມີການປະກອບສ່ວນທີ່ຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລ.
- **ຊັບພະຍາກອນ:** ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງຮູ້ວ່າ ຊັບພະຍາກອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ/ຫຼື ວ່າຊັບພະຍາກອນໃດໆທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເປັນເຈົ້າຂອງຢ່າງແທ້ຈິງ ຫຼື ຮ່ວມກັນໄດ້ຖືກຂາຍ ຫຼື ໂອນໃຫ້ຜູ້ອື່ນ.
- **ທີ່ຢູ່ ແລະ ການຈັດແຈ້ງທີ່ຢູ່ອາໄສ:** ບອກພວກເຮົາວ່າຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ LTSS ໄດ້ຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່, ເຂົ້າມາ ຫຼື ອອກຈາກບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ເຮືອນເປັນກຸ່ມ ຫຼື ຢູ່ໃນຮູບແບບການດຳລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ ແບບໃໝ່ ຫຼື ແຕກຕ່າງກັນ.
- **ເຈົ້າຂອງເຮືອນມີຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກ:** ສຳລັບຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນສະຖານພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ: ຖ້າຫາກທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນທີ່ເປັນທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຖືວ່າທ່ານຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບຄືນໄປອາໄສຢູ່ໃນອະສັງຫາລົມະສັບນີ້ໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມໃນອະນາຄົດ, ຖ້າມີການປ່ຽນແປງຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບຄືນໄປຍັງທີ່ຢູ່ອາໄສນີ້, ກະລຸນາອັບເດດພາກທີ 5 ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
- **ສະພາບການຄອບຄົວ ແລະ ຄົວເຮືອນ:** ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ວ່າມີການປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເຊັ່ນວ່າ: ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ໄດ້ເສຍຊີວິດແລ້ວ, ໄດ້ຮັບການຢ່າຮ້າງ, ແຕ່ງງານກັບຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຍ້າຍເຂົ້າ, ອອກ ຫຼື ຂາຍເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ນັບເປັນຊັບພະຍາກອນ. ຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບການຕໍ່ອາຍຸຂອງເດັກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Katie Bckett.
- **ສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງ:** ທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາວ່າສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ LTSS ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ໄດ້ປ່ຽນແປງຕັ້ງແຕ່ວັນທີການສະໜັບສະໜູນທຳອິດ ຫຼື ການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງຫຼ້າສຸດ.

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



ຂ້າພະເຈົ້າຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງ ແລະ ຕໍ່ອາຍຸການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແນວໃດ?

ມີຫຼາຍວິທີທີ່ຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງ. ກະລຸນາອ່ານຄຳແນະນຳຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ.

- **ຈົດໝາຍ:** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຕອບທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຄຳວ່າ “Updated Information” (ຂໍ້ມູນອັບເດດ) ຂອງແຈ້ງການນີ້. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ພິມໄວ້ລ່ວງໜ້າ ແລະ ທ່ານກຳລັງສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນ, ໃຫ້ຕື່ມ “ຂໍ້ມູນປະຈຸບັນ” ລົງໃນກ່ອງຂໍ້ມູນ. ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນແບບຟອມ. ທ່ານສາມາດສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ທີ່ຢູ່ດ້ານເທິງຂອງແຈ້ງການນີ້. 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 ໂທຫາ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **ອອນລາຍ:** ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ “User Account” (ບັນຊີຜູ້ໃຊ້) ຂອງທ່ານທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov> ແລະ ເຮັດການປ່ຽນແປງ.

ເບິ່ງບັນຊີຂອງທ່ານອອນລາຍ

ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຍັງມີຢູ່ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານ ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov/>. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນຊີຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຊື່ຜູ້ໃຊ້ **GP** ທີ່ຖືກແກ້ໄຂແລ້ວ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຈື່ລະຫັດຜ່ານຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດດຶງຂໍ້ມູນໂດຍການຄລິກ 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: ກະຊວງອຳນາດແບບຟອມນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ເຊັນ ແລະ ສົ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸທັງໝົດກັບມາ, ລວມທັງໜ້ານີ້, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງທີ່ຈະລາຍງານກໍຕາມ.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ

	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ການຕິດຕໍ່ຫຼັກ ແລະ ຄວາມສຳພັນ ກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ	Self	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ	35758	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ອາໄສຢູ່ດຽວນີ້	02861	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ເບີໂທລະສັບ	808	
ອີເມວ	@gmail.com	
ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ

1. ລາຍຮັບ:

ນັບຕັ້ງແຕ່ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ໃນເບື້ອງຕົ້ນໄດ້ນຳໃຊ້ຫຼື ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງຫຼ້າສຸດ, ມີການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ບໍ່? ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍຮັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ພວກເຮົາຍັງຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ຊື່ ແລະ ລາຍໄດ້ຂອງຄູສົມລົດ ແລະ ຜູ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງພິຈາລະນາໃນເວລາທີ່ພິຈາລະນາເພື່ອກຳນົດຈຳນວນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ທີ່ຜູ້ໃຫຍ່ຕ້ອງຈ່າຍຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລ.

ຖ້າກ່ອນແມ່ນເປົ່າ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການຮ້ອງຂໍ.

ຖ້າກ່ອນຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ເອົາຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອອກມາ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງໃນແຖວຫວ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເພີ່ມຊື່ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສໃໝ່.

ສົ່ງຫຼັກຖານຂອງລາຍຮັບໃໝ່ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ຖືກແກ້ໄຂດ້ວຍແບບຟອມນີ້.

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

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍຮັບທີ່ຈະລາຍງານ



ຊື່	SSN	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບ LTSS ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ	ລາຍຮັບ/ ປະເພດ
G P	XXX-XX-████████	████████ 939	Self	\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. ຊັບພະຍາກອນ

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

ໝາຍເຫດ: ຊັບພະຍາກອນລວມທັງເງິນສົດໃນມື, ເງິນຝາກປະຢັດ ແລະ ບັນຊີເງິນເຊັກ, ໃບຮັບເງິນຝາກ, ຮຸ້ນ, ຜ່ນທະບັດ, ບັນຊີທີ່ມີສິດທິ, ກອງທຶນລວມ, ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ, ແລະອື່ນໆ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນຊັບພະຍາກອນທີ່ຈະລາຍງານ.

ຊື່ເຈົ້າຂອງ	ຊັບພະຍາກອນ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	ຍານພາຫະນະ	-	
	ເງິນເຊັກ/ເງິນຝາກປະຢັດ	-	
	ຮຸ້ນ/ຜ່ນທະບັດ	-	
	ໃບຮັບເງິນຝາກ	-	
	ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ	-	
	ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ	-	
	ເງິນປະຈຳປີ	-	
	IRA, 401K, 403B, ບັນຊີ Keogh	-	
	ສັນຍາການຜັງ ຫຼື ບັນຊີ	-	
████████	ອື່ນໆ	\$ 100,000.00	



2ກ. ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ

ຖ້າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ LTSS ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງປະຕິບັດໃນນາມຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ ຫຼື ໂອນສິ່ງຂອງທີ່ມີຄຸນຄ່າໃດໆ ເຊັ່ນ: ມໍລະດົກ, ຊັບສິນ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ, ການແຈກຢາຍ IRA, ສັນຍາການຜັງສົບ, ຫຼັກຊັບຫຸ້ນ, ກອງທຶນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ, ແຜນການປະຈຳປີ, ບັນຊີນາຍໜ້າ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ ຫຼື ຄ່າຄຸ້ມຄອງເຂົ້າໄປໃນຄວາມໄວ້ວາງໃຈພາຍໃນຫົກສິບ (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	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
1. ບ້ານຢູ່ອາໄສຫຼັກ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ຄູ່ສົມລົດ/ຄົນທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຢູ່ເຮືອນ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ລາຍຮັບຈາກອະສັງຫາລິມະສັບ - ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ສັນຍາເຊົ່າ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	
ວັນທີຂາຍ/ໂອນ	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
	-	



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

4. ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບ

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

ກະລຸນາສົ່ງສໍາເນົາດ້ານໜ້າ ແລະ ດ້ານຫລັງຂອງບັດປະກັນສຸຂະພາບໃໝ່ ແລະ ຖືກບັບປຸງໃໝ່ທັງໝົດ ສໍາລັບແຜນການເຫຼົ່ານີ້.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ຈະລາຍງານ

ການປະກັນໄພສຸຂະພາບ	ຊື່ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ	ຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນ



ພາກທີ 5: ສຳລັບຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ

ມີຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ທີ່ຢູ່ອາໄສຫັກ

ພຽງແຕ່ເຮັດສຳເລັດ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານ ແລະ ເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນ.

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ຂໍຢືນຢັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງອະສັງຫາລິມະສັບທີ່ຕັ້ງຢູ່
(ຊື່ຜູ້ສະໜັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ)

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

ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນຢັນວ່າ ອະສັງຫາລິມະສັບນີ້ແມ່ນທີ່ຢູ່ອາໄສຫັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ;

ຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງອະສັງຫາລິມະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ: (ກະລຸນາກວດສອບຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງ)

- Solely (ຮ່ວມກັນ) Jointly (ແຕ່ພຽງຜູ້ດຽວ)
- Tenants in common (ຜູ້ຊື່ໃນອະສັງຫາລິມະສັບ) Life Estate (ທົ່ວໄປ)

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

_____.



<p>ຄຳເຕືອນບົດລົງໂທດ</p> <p>“ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຄວາມສັ່ງໂກງ, ຂ້າພະເຈົ້າສາບານວ່າຮູບແບບການຕໍ່ອາຍຸນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ຝັ່ງແລ້ວ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂໍ້ມູນແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກໃນນາມບຸກຄົນອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າ ສາບານວ່າໃບສະໝັກນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງລາວ, ຂໍ້ເທັດຈິງແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.”</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ວັນທີ:</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ພໍ່-ແມ່ ວັນທີ:</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ພິເກດ/ຜູ້ຖືສິດອຳນາດທະນາຍຄວາມ ວັນທີ:</p>	
<p>ເປີໂທລະສັບ</p>	<p>ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຢູ່ທີ່ພະແນກ ວັນທີ:</p>
	<p>()</p>



ການຍິນຍອມຂອງທ່ານທີ່ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ

ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ດີກວ່າຖ້າພວກເຮົາສາມາດເຮັດວຽກກັບອົງການ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍຊານອື່ນໆທີ່ຮູ້ຈັກທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໂດຍການເລືອກໝາຍໃສ່ກ່ອງ "I Agree" (ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ), ທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບກ່ຽວກັບທ່ານຈາກຫຼາຍໆແຫຼ່ງລວມທັງ RI. ພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຜຶກອົບຮົມ, RI. ພະແນກບໍລິການມະນຸດ, ໂຮດໄອແລນ. ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ, ໂຮດໄອແລນ. ພະແນກສາທາລະນະສຸກ, ໂຮດໄອແລນ. ພະແນກແກ້ໄຂ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍຊານໃນນາມຂອງສູນບໍລິການ Medicaid ແລະ Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ແລະ ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ.

ພວກເຮົາຈະບໍ່ປະຕິເສດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃດໆ ຫຼື ເຂົ້າເຖິງໂຄງການໃດໆທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບພຽງແຕ່ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ອານຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຫາກບໍ່ມີການອະນຸມັດຈາກທ່ານ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການເຂົ້າເຖິງໂຄງການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນບາງຢ່າງທີ່ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. ການອະນຸມັດຂອງທ່ານແມ່ນຈຳເປັນ ເພື່ອພິຈາລະນາຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ການເລືອກຊື່ ແລະ ຊື່ປະກັນໄພສຸຂະພາບໂດຍບໍ່ຕ້ອງເຮັດສຳເລັດການຍິນຍອມນີ້ໂດຍການຕິດຕໍ່ສູນຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ 1-855-840-HSRI (4774), ແຕ່ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃດໆ ສຳລັບການຊື່ການປົກປ້ອງ, ບໍ່ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼື ບໍ່ກໍຕາມ, ມັນຈະຈຳເປັນສຳລັບທ່ານທີ່ຈະເຮັດສຳເລັດການຍິນຍອມນີ້.

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 ນຳໃຊ້ຂໍ້ ມູນສຳລັບກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອກຳນົດສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກລັດ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນຈາກລັດອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຜ່ານເວັບໄຊນີ້, ເພື່ອວາງແຜນ, ສະໜອງ ແລະ ປະສານສົມທົບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການຈ່າຍເງິນ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າການມີສິດໄດ້ຮັບບາງໂຄງການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການຕັດສິນໃຈນີ້

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍ ສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະຫນາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກິດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທືນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແກ້ໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງແທບ, 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) ຈົດໝາຍ: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ແຜັກ: (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 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຝຶ້ນຜູ້ຂອງປີ 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, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະຫນາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, 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, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການຝື້ນຜູ້ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອຳນວຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ເວຂົາທິການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

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





ຄຳແນະນຳແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກວດສອບ

ຄົນເຈັບຂອງທ່ານກຳລັງສະໜັກບໍລິການຈາກພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS). ທ່ານໄດ້ຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້ຕົ້ມແບບຟອມນີ້ເພື່ອໃຫ້ຫ້ອງການກວດກາທາງການແພດ (Office of Medical Review, OMR) ສາມາດກຳນົດລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄດ້.

ຈຳເປັນຕ້ອງມີເອກະສານປະກອບ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການບໍລິການທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການໃນບັດຈຸບັນຂອງລູກຄ້ານີ້ທີ່ສຸດ, ບໍ່ວ່າຈະຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການຊຸມຊົນ.

ສິ່ງທີ່ຕ້ອງການຈາກທ່ານເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄຳຮ້ອງສະໜັກນີ້ເຮັດສຳເລັດສົມບູນ:

1. ກະລຸນາເຮັດສຳເລັດ PM-1 ນີ້ຢ່າງລະອຽດ, ແລ້ວສົ່ງຄືນໃຫ້ຫ້ອງການເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວທີ່ກຳນົດໃຫ້ທັນເວລາ. **ຕ້ອງເຮັດໃຫ້ຄົບທຸກພາກສ່ວນ.**
2. PM-1 ເປັນສິ່ງຈຳເປັນ; ຂໍ້ມູນທາງການແພດອື່ນໆແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ ເຊັ່ນ: ແຜ່ນຢາ, ແຕ່ບໍ່ສາມາດໃຊ້ແທນແບບຟອມນີ້ໄດ້.

ໃນຖານະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກວດສອບ (MD, DO, RNP, PA) ທ່ານຈະໄດ້ປະເມີນການວິນິດໄສທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບຂອງທ່ານ, ກົດຈະກຳທີ່ເປັນປະໂຫຍດໃນບັດຈຸບັນ, ສະຖານະການຮັບຮູ້ທາງສະໝອງ ແລະ ການປິ່ນປົວ. (ກະລຸນາໃຊ້ລະຫັດທີ່ລວມຢູ່ໃນພາກສ່ວນກົດຈະກຳເຮັດໃນບັດຈຸບັນ.)

ຂໍຂອບໃຈທ່ານລ່ວງໜ້າສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

**ກົດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳວັນ
(ເບິ່ງກົດຈະກຳການປະຕິບັດບັດຈຸບັນ)**

ການໂອນຍ້າຍ: ຄວາມສາມາດໃນການຍ້າຍລະຫວ່າງພື້ນຜິວ. ເຂົ້າ ຫຼື ຈາກ, ຕາງ, ຕັ່ງ, ວົດເຂັ້ມ, ທ່າຢືນ ບໍ່ລວມການເຂົ້າ/ອອກຈາກຫ້ອງອາບນ້ຳ ຫຼື ຫ້ອງນ້ຳ (ມີ ຫຼື ບໍ່ມີອຸປະກອນຊ່ວຍ)

ການເດີນ/ຍ່າງ: ຄວາມສາມາດທີ່ຈະຍ້າຍອອກລະຫວ່າງສະຖານທີ່ຕ່າງໆໃນສະພາບແວດລ້ອມການດຳລົງຊີວິດຂອງບຸກຄົນ (ມີ ຫຼື ບໍ່ມີອຸປະກອນຊ່ວຍ)

ຄວາມສາມາດໃນເຄື່ອນໄຫວຢູ່ຕຽງນອນ: ຄວາມສາມາດໃນການບັບດຳແໜ່ງຮ່າງກາຍ, ການຫັນດ້ານໜຶ່ງໄປອີກດ້ານໜຶ່ງ

ການນຸ່ງຖື: ຄວາມສາມາດໃນການນຸ່ງເຄື່ອງ, ຍືດ ແລະ ຖອດເຄື່ອງນຸ່ງທັງໝົດ

ການອາບນ້ຳ: ຄວາມສາມາດໃນການອາບນ້ຳ, ອາບນ້ຳຜັກປົວ ຫຼື ອາບນ້ຳດ້ວຍຟອງນ້ຳ (ປະສົດທິຜົນ ແລະ ຢ່າງລະອຽດ) ແລະ ຄວາມສາມາດໃນການເຄື່ອນຫຍ້າຍເຂົ້າ/ອອກຈາກອ່າງ ຫຼື ອາບນ້ຳຜັກປົວ (ມີ ຫຼື ບໍ່ມີອຸປະກອນຊ່ວຍ)

ການເຂົ້າຫ້ອງນ້ຳຖ່າຍໜັກ: ຄວາມສາມາດໃນການເປີດ/ປິດຫ້ອງນ້ຳຖ່າຍໜັກ, ເຮັດຄວາມສະອາດຕົນເອງຫຼັງຈາກຖ່າຍໜັກ, ການປ່ຽນຜ້າອະນາໄມ/ໂສ້ງຂາສິ້ນ, ຈັດການຮູທະວານ ຫຼື ສາຍສວມຂັບຖ່າຍ ແລະ ບັບເຄື່ອງນຸ່ງ.

ການກິນອາຫານ: ຄວາມສາມາດໃນການກິນ ແລະ ດື່ມໂດຍໃຊ້ເຄື່ອງໃຊ້ປະຈຳ ຫຼື ເຄື່ອງປັບຕົວໄດ້ (ນີ້ຍັງລວມເຖິງຄວາມສາມາດໃນການຕັດ, ກັ່ງ ແລະ ກິນອາຫານ)

ສຸຂະອະນາໄມສ່ວນບຸກຄົນ: ຄວາມສາມາດໃນການຫວິຜົມ, ຖູແຂ້ວ, ລ້າງໜ້າ ແລະ ມື ແລະ ຜິວໜັງທີ່ລະອຽດອ່ອນ ຫຼື ອະໄວຍະວະເພດ.

ການຈັດການຢາ: ຄວາມສາມາດໃນການກຳນົດແລະ ກິນຢາໄດ້ຖືກຕ້ອງໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມ, ຕາມເສັ້ນທາງແລະຂະໜາດ

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



ຄຳຊີ້ແຈງທາງການແພດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ

ວັນທີ: _____ ວັນທີຂອງການຢູ່ຮ່ວມຢາມຫ້ອງການຄັ້ງຫ້າສຸດ: _____

ຊື່ຜູ້ສະໜັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

SSN# ຫຼື MID: _____ ເພດ (ໝາຍວົງມົນໃສ່): ເພດຊາຍ / ຍິງ _____

ທີ່ຢູ່: _____ ຕຶກ/ຊັ້ນ: _____

ນະຄອນຫຼວງ/ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ການຈັດທີ່ຢູ່ອາໄສໃນປັດຈຸບັນ (ໝາຍວົງມົນໃສ່): ຢູ່ຄົນດຽວ / ຢູ່ກັບຄົນອື່ນ / ອື່ນໆ: _____

ຊື່ສິ່ງອ່ານວຍຄວາມສະດວກ: _____ ວັນທີ ທີ່ຮັບເຂົ້າ: _____

ການວິນິດໄສ: ການແພດ ແລະ ພິດຕິກຳ (ລວມທັງຄວາມຮຸນແຮງຂອງອາການ) *ບໍ່ມີລະຫັດການບັງຄັບ		
ການວິນິດໄສເບື້ອງຕົ້ນ (ວັນທີ)	ການວິນິດໄສອື່ນໆ (ວັນທີ)	ການຜ່າຕັດ/ການຕິດເຊື້ອ (ລວມວັນທີ)

ການຄາດການຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງການຜື້ນຜູ: _____
 ຄວາມພິການຖາວອນ (ໝາຍວົງມົນໃສ່): ແມ່ນ/ ບໍ່ແມ່ນ

ຢາ: ຊື່, ປະລິມານ, ຄວາມຖີ່ ແລະ ເສັ້ນທາງ		

ການປະເມີນຄວາມເຈັບປວດ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ການວິນິດໄສ: _____ ຄວາມຖີ່: _____
 (ບໍ່ມີ) (ບານກາງ) (ຮ້າຍແຮງ)

ຄວາມເຈັບປວດລົບກວນກົດຈະກຳ ຫຼື ການເຄື່ອນໄຫວຂອງບຸກຄົນບໍ່? (ໝາຍວົງມົນໃສ່) ແມ່ນ/ ບໍ່ແມ່ນ

ອາການເຈັບປວດໄດ້ບັນເທົາໂດຍຢາ/ການປິ່ນປົວບໍ່? (ໝາຍວົງມົນໃສ່) ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ

ຄວາມຖີ່ ແລະ ການປິ່ນປົວໃນບັດຈຸບັນ

ຄຳສັ່ງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ລວມທັງຄຳສັ່ງສະເພາະສຳລັບການກິນອາຫານ, PT/OT/ST, ອີກຊີເຊນ)

ການປິ່ນປົວ: PT ___ x's/wk ສຳລັບ ___ /wk's OT ___ x's/wk ສຳລັບ ___ /wk's ST ___ x's/wk ສຳລັບ ___ /wk's ການປິ່ນປົວລະບົບທາງເດີນຫາຍໃຈ _____ ປະລິມານອີກຊີເຊນ]ລິດ _____ PRN <input type="checkbox"/> ຕໍ່ຄັ້ງ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວດ້ວຍທາງເຄມີ/ການແຜ່ຮັງສີ <input type="checkbox"/> ການຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງ <input type="checkbox"/> ອາຫານ _____ ການໃຫ້ອາຫານທ່ຢາງ _____	ການເບິ່ງແຍງດູແລບາດແຜ: ພື້ນທີ່ _____ (ການປິ່ນປົວ) _____ ບາດແຜຄວາມກົດທັບ# _____ ຂັ້ນ _____ ຂະໜາດ _____ ຊັງຕີແມັດ ການຜັກອິບຮິມພິກຍ່ຽວ ແລະ ລ່າໄສ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢຸດຍັງ: ພິກຍ່ຽວ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຄວາມຖີ່ _____ ລ່າໄສ້ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຄວາມຖີ່ _____ ສາຍຢາງສວມໄຟລີ <input type="checkbox"/> ການຜ່າຕັດລ່າໄສ້ໃຫຍ່ເປີດທາງ ຂອງເສຍອອກຈາກຮ່າງກາຍ <input type="checkbox"/> ການຜ່າຕັດພິກຍ່ຽວ <input type="checkbox"/>
--	--

ລະຫັດກົດຈະກຳການເຮັດກົດຈະກຳໃນບັດຈຸບັນ (ໃຊ້ລະຫັດເຫຼົ່ານີ້)

- 0 = ອິດສະຫຼະ: ບໍ່ມີການສິນທະນາ, ບໍ່ມີການສຳພັດ**
ບໍ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼື ການຕິດຕາມສະໜອງໃຫ້ກັບບຸກຄົນໃນລະຫວ່າງການເຮັດກົດຈະກຳ (ມີ ຫຼື ບໍ່ມີການນຳໃຊ້ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອກຳຕາມ)
- 1 = ການເບິ່ງແຍງກວດກາ: ສິນທະນາ, ບໍ່ມີການສຳພັດ**
ການເບິ່ງແຍງ, ການຊີ້ນຳ ແລະ ການໃຫ້ກຳລັງໃຈໃຫ້ບຸກຄົນໃນລະຫວ່າງການເຮັດກົດຈະກຳ (ມີ ຫຼື ບໍ່ມີການນຳໃຊ້ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອກຳຕາມ)
- 2 = ການຊ່ວຍເຫຼືອແບບຈຳກັດ: ສິນທະນາ ແລະ ມີການສຳພັດ**
ບຸກຄົນມີສ່ວນຮ່ວມສູງໃນກົດຈະກຳ, ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງຮ່າງກາຍ, ບໍ່ໃຫ້ຍົກສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງຂອງບຸກຄົນ
- 3 = ການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງກວ້າງຂວາງ: ສິນທະນາ, ມີການສຳພັດ ແລະ ຍົກ**
ບຸກຄົນທີ່ປະຕິບັດກົດສ່ວນໜຶ່ງຈະກຳ, ແຕ່ຜູ້ເບິ່ງແຍງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານຮ່າງກາຍເພື່ອຍົກ, ຍ້າຍ ຫຼື ເຄື່ອນຍ້າຍບຸກຄົນ
- 4 = ການເພິ່ງພາອາໄສທັງໝົດ: ການປະຕິບັດທັງໝົດໂດຍຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລ**
ບຸກຄົນບໍ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນກົດຈະກຳໃດໆ
- 5 = ບໍ່ມີກົດຈະກຳເກີດຂຶ້ນ: ບໍ່ມີການປະຕິບັດ**
ກົດຈະກຳດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດໂດຍບຸກຄົນ ຫຼື ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລ

ກົດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳວັນ (AOL's) _____ ການເຄື່ອນຍ້າຍອອກຈາກຕາງ _____ ການແຕ່ງຕົວ _____ ການອາບນ້ຳ _____ ການເຂົ້າຫ້ອງນ້ຳຖ່າຍໜັກ _____ ການກິນອາຫານ _____ ສຸຂະອະນາໄມສ່ວນຕົວ _____ ການຄຸ້ມຄອງຢາ _____ ການຢາງ _____ ກາຍຍ້າຍ	ກະລຸນາໝາຍວົງມົນໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງ: ໄມ້ເທົ້າ, ເຄື່ອງຊ່ວຍຢ່າງ, ລໍ້ຍູ້, ຕາງກັບຕັ້ງ, ບ່ວຍຕິດຕາງ, ຄວາມສ່ຽງຈາກການລົ້ມ	ເຄື່ອງດົນຕີ (AOL's) _____ ການເບິ່ງແຍງເຮືອນ _____ ການກະກຽມອາຫານ _____ ການຊື້ເຄື່ອງ _____ ຊືກເຄື່ອງ
---	--	---

ຄົນເຈັບສາມາດອອກໄປຂ້າງນອກຄົນດຽວໄດ້ບໍ່? ໄດ້ / ບໍ່ໄດ້
 ຄົນເຈັບສາມາດໃຊ້ການຂົນສົ່ງສາທາລະນະຢ່າງເປັນອິດສະຫຼະໄດ້ບໍ່? ໄດ້ / ບໍ່ໄດ້

ສະຖານະການຮັບຮູ້

ຄົນເຈັບມີຄວາມບໍ່ກຜ່ອງບໍ່? (ໝາຍວົງມົນໃສ່) ມີ/ ບໍ່ມີ

ຄະແນນ MMSE _____ ຄະແນນ BIMS _____ ວັນທີ _____

ທັກສະການຮັບຮູ້ສຳລັບການຕັດສິນໃຈປະຈຳວັນ (ກະລຸນາເລືອກຂໍ້ໃດຂໍ້ໜຶ່ງ)

- ອິດສະຫຼະ: ການຕັດສິນໃຈມີຄວາມສອດຄ່ອງ/ສົມເຫດສົມຜົນ
- ບັບປ່ຽນຄວາມເປັນອິດສະຫຼະ: ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກບາງປະການໃນສະຖານະການໃໝ່ເທົ່ານັ້ນ
- ມີຄວາມບໍ່ກຜ່ອງບານກາງ: ການຕັດສິນໃຈບໍ່ດີ/ຄົວ/ຕ້ອງມີການຄວບຄຸມເບິ່ງແຍງ
- ມີຄວາມບໍ່ກຜ່ອງຢ່າງຮ້າຍແຮງ: ບໍ່ເຄີຍ/ບໍ່ຄ່ອຍຕັດສິນໃຈ

ພຶດຕິກຳ: ກະລຸນາຂີດວົງມົນທັງໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ກະລຸນາລະບຸລະດັບຄວາມຮຸນແຮງຢູ່ໃນເສັ້ນສະໜອງໃຫ້: 1 = ນ້ອຍ 2 = ບານກາງ 3 = ຮ້າຍແຮງ

ວັນວາຍ	ຮ້ອນຮົນກະວົນກະວາຍ	ບໍ່ມີຈິດໝາຍ
ການສູນເສຍຄວາມຊິງຈຳ	ຮຸກຮານທາງວາຈາ	ຫົນຕາມກັນໄປ
ຕໍ່ຕ້ານການເບິ່ງແຍງດູແລ	ຮຸກຮານທາງກາຍ	ອື່ນໆ

ຄົນເຈັບແມ່ນປະຕິບັດຕາມການບໍລິການທາງຈິດບໍ່: ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຢູ່ໃສ?

ຄົນເຈັບໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍເພື່ອວິນິດໄສເພະຍາດທາງຈິດບໍ່? ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ (ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ລາຍລະອຽດ)

ໂຮງໝໍ: _____

ວັນທີ: _____

ການວິນິດໄສ: _____

ຖ້າຫາກຈຳເປັນຕ້ອງມີການຈັດວາງສະຖານທີ່ເພະຍາບານທາງດ້ານການປິ່ນປົວ, ຄົນເຈັບມີແນວໂນ້ມທີ່ຈະກັບຄືນສູ່ຊຸມຊົນພາຍໃນ 6 ເດືອນແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ/ ບໍ່ແມ່ນ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (MD, DO, RNP, PA) ຊື່ (ພິມ) _____

ລາຍເຊັນ: _____

ວັນທີ: _____

ສຳລັບໃຊ້ໃນຫ້ອງການເທົ່ານັ້ນ

ພະນັກງານແກ້ໄຂບັນຫາສັງຄົມ: _____

ຫ້ອງການສຳນັກເມືອງ: _____

ແບບຟອມວັນທີສິ່ງໃຫ້ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: _____

ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບ: _____



ທີ່ຢູ່ _____

ເຫດຜົນສຳລັບການຮ້ອງຂໍ _____

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າບັນທຶກຖືກປົກປ້ອງພາຍໃຕ້ກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດ ໂຮດໄອແລນ ແລະ ບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍໄດ້ໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມ ເຫັນດີເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ກົດໝາຍໄດ້ລະບຸໄວ້ໂດຍສະເພາະ. ຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ຖືກເຜີຍແຜ່ອອກມາ ຫຼື ໄດ້ຮັບຜົນມາຈາກ ການຍິນຍອມນີ້ຈະບໍ່ຖືກສົ່ງຕໍ່ໃຫ້ບຸກຄົນໃດໆ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງນອກພະແນກ, ໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີເປັນລາຍລັກອັກສອນເພີ່ມ ເຕີມຈາກຂ້າພະເຈົ້າ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າມັນແມ່ນເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການດຳເນີນການຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິການ. ການຍິນຍອມເຫັນດີນີ້ແມ່ນຖືເປັນໄມຄະເມື່ອສິ້ນສຸດການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການຖອນຕົວອອກຈາກການບໍລິການ ຫຼື ສາມາດຖືກຍົກເລີກໄດ້ທຸກເວລາ.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ, ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ _____ ຄວາມສຳພັນທີ່ຫຼາຍກວ່າ _____ ວັນທີ _____

ຊື່ (ພິມ) _____ ຫົວຂໍ້ _____ ຜູ້ຕາງໜ້າອົງການ DHS _____

ທີ່ຢູ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງເມືອງ _____



ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປຶ້ນປົວທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍ ອົງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະຫນາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແກ້ໄຂຄຳ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງ ກ່ອນຫນ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກິດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທຶນສະຫນັບສະຫນູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງ ຫມົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແກ້ໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວເລິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາ ສັນຍານອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເປົ້າໝາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາ ອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບ ການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ 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. ເພື່ອຂໍສຳເນົາ ແບບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ໂທ (866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມ ຫຼື ຈົດໝາຍທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ USDA ໂດຍ: (1) ຈົດໝາຍ: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ແຟັກ: (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 ຂອງ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຝຶ້ນຜູ້ຂອງປີ 1973, ສະບັບບັບບຸງ (29 U.S.C. 794), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄົນພິການອາເມລິກາ ປີ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) ແລະ ຫົວຂໍ້ທີ IX ຂອງການບັບບຸງການສຶກສາຂອງປີ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), ກົດ ໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງປີ 2008 (ໃນເມື່ອກ່ອນແມ່ນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະແຕມອາຫານ), ກົດໝາຍວ່າ ດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດອາຍຸຂອງປີ 1975, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດ ລະບຽບ (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); ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານ ສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການ ມະນຸດ (Department of Human Services, DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະຫນາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປຶ້ນປົວ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອົງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກ ກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, 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, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງກ ານບໍລິການຝື້ນຜູ້ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັ ດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອ່ານອຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປ ສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ເລຂາທິການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊ ອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

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





MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

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

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

000000000000000000000000

ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍ/ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ

ຄຳແນະນຳ: ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກພາກ, ວັນທີ ແລະ ເຊັນຊີ

I. ຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈາກບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ.
(ຊື່ຜູ້ສະໝັກ/ຄົນເຈັບ)

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ: ____/____/____

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ: - -

II. ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຈະໄດ້ຮັບການເປີດເຜີຍໂດຍ:

ແລະຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ກັບ:

(ຊື່ບຸກຄົນ/ອົງການ)

(ຊື່ບຸກຄົນ/ອົງການ)

(ທີ່ຢູ່)

(ທີ່ຢູ່)

(ເມືອງ, ວັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)

(ເມືອງ, ວັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)

III. ຈຸດປະສົງ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການສຳລັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ:

- ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ
- ເຫດຜົນສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ
- ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກໃຊ້ບໍລິການ OHS ອື່ນໆ
- ອື່ນໆ(ລະບຸ)_____

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



IV. ຂໍ້ມູນທີ່ຈະເປີດເຜີຍ: (ໝາຍເອົາແຕ່ໜຶ່ງໃນກ່ອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້)

- ບັນທຶກສຸຂະພາບທັງໝົດ ຂໍ້ມູນປະກັນໄພສຸຂະພາບ
- ຂໍ້ມູນທັງໝົດ (ຍົກເວັ້ນກ່ອງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໝາຍໄວ້) ໃນພາກ VI ຂ້າງລຸ່ມນີ້
- ອື່ນໆ (ລະບຸ): _____
- ບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດເທົ່ານັ້ນ (ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຍົກເວັ້ນສິດທິພິເສດຂອງນັກຈິດຕະວິທະຍາ - ຄົນເຈັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ)

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນລະອຽດອ່ອນຕໍ່ໄປນີ້ຖືກເປີດເຜີຍໂດຍ (ໝາຍເອົາກ່ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

- ການປິ່ນປົວການຕິດເຫຼົ້າ/ຢາເສບຕິດ/ການສົ່ງຕໍ່ ການປິ່ນປົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບພະຍາດ HIV/ໄລກເອດສ
- ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ ສຸຂະພາບຈິດ (ນອກເໜືອໄປຈາກບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດ)

V. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຫາກຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກລົງທະບຽນ, ການອອກໃບຢັ້ງຢືນຄົນໃໝ່ ຫຼື ການບໍລິການອື່ນໆ, ຂ່າວປະຊາສຳພັນນີ້ ນັ້ນກວມເອົາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ/ສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງໝົດ, ລວມທັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງນີ້ ລວມທັງບຸກຄົນອື່ນ, ສິ່ງອ່ານວຍຄວາມສະດວກ, ໂຄງການ ຫຼື ແຜນການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບອກເຈົ້າກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບໂຄງການພະແນກບໍລິການມະນຸດ ແລະ ໃນແບບພອມ DHS ທີ່ຈຳເປັນ, ໂດຍສະເພາະແບບພອມ AP-70 ແລະ ແບບພອມ MA-63. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຕື່ມອີກວ່າການອະນຸຍາດນີ້ແມ່ນຕ້ອງການເປັນເງື່ອນໄຂຂອງການໄດ້ຮັບສິດ ແລະ ການ ບໍລິການ ແລະ ຈະຖືກນຳໃຊ້ DHS ສຳລັບຈຸດປະສົງດັ່ງກ່າວເທົ່ານັ້ນ. ດັ່ງນັ້ນ, ຄວາມລັ້ມເຫຼວໃນສ່ວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການເຊັນໃບ ອະນຸຍາດນີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ຂອບເຂດການບໍລິການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະໄດ້ຮັບ. ນອກຈາກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີກັບການນຳໃຊ້ແຜ່ນ ຫຼື ສຳເນົາຂອງແບບພອມນີ້ເພື່ອເຜີຍແຜ່ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖອນການອະນຸຍາດນີ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້ຕະຫຼອດເວລາກັບພະແນກການບໍລິການມະນຸດ ແລະ ນັ້ນ, ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຖອນ, DHS ອາດຈະເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການກ່ຽວ ກັບການຕັດສິນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະຖອນຄືນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ເປີດເຜີຍຕໍ່ DHS ກ່ອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖອນການ ອະນຸຍາດນີ້, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ເປີດເຜີຍໃຫ້ພາກສ່ວນອື່ນໂດຍການອະນຸຍາດນີ້, ອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງໂດຍກົດໝາ ຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງປະກັນໄພສຸຂະພາບ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) [45 CFR ສ່ວນທີ່ 164 ອີກຕໍ່ໄປ.] ແລະ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງປີ 1974 [5 USC 552a]. ຖ້າການອະນຸຍາດນີ້ບໍ່ໄດ້ຖືກຖອນຄືນ, ມັນຈະສິ້ນສຸດໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີລົງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຂ້ອຍໄດ້ກຳນົດວັນໝົດອາຍຸທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ຫຼື ເຫດການໝົດອາຍຸໃນແຖວຂ້າງລຸ່ມນີ້.

(ລະບຸວ່າຖ້າຫາກແຕກຕ່າງຈາກໜຶ່ງປີຫຼັງຈາກວັນທີຂ້າງລຸ່ມນີ້) _____

_____ ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ

_____ ວັນທີ

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

_____ ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ

_____ ວັນທີ



VI. ຂໍ້ມູນສະເພາະທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການເປີດເຜີຍ: (ໝາຍໃສ່ໃນກ່ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ສະຫຼຸບຂໍ້ມູນການປິດປ່ອຍກັບ/ ຂໍ້ມູນຫ້ອງທົດລອງ | <input type="checkbox"/> ບັນທຶກຄວາມຄືບໜ້າ | <input type="checkbox"/> ຂໍ້ມູນຫ້ອງທົດລອງ | <input type="checkbox"/> ການທົດສອບທາງຈິດ |
| <input type="checkbox"/> ປະຫວັດ ແລະ ການກວດ ຮ່າງກາຍ | <input type="checkbox"/> ແຜນການປິ່ນປົວ | <input type="checkbox"/> ການທົດສອບທາງຈິດໃຈ | <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການບໍລິການສັງຄົມ |
| <input type="checkbox"/> ວິຊາຊີບ | <input type="checkbox"/> ທາງການແພດ | <input type="checkbox"/> ທາງການສຶກສາ | <input type="checkbox"/> ທາງການເງິນ |
| <input type="checkbox"/> ຊຸດຂໍ້ມູນຂັ້ນຕໍ່າ | <input type="checkbox"/> ບັນທຶກຂອງພະຍາບານ | <input type="checkbox"/> ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ | <input type="checkbox"/> ບັນທຶກທັນຕະກຳ |
| <input type="checkbox"/> ຮູບພາບ/ ວິດີໂອ/ ຮູບ ພາບດິຈິຕອນ | <input type="checkbox"/> ໃບແຈ້ງຍອດໃບບິນ ເກັບເງິນ | <input type="checkbox"/> ລາຍງານທີ່ປຶກສາ | <input type="checkbox"/> ບັນທຶກການຮັບ ປະທານອາຫານ |
| <input type="checkbox"/> ບັນທຶກການເບິ່ງແຍງ ດູແລສຸກເສີນ | <input type="checkbox"/> ລາຍງານຜົນ X-ray (ສ່ອງໄຟຟ້າ) | <input type="checkbox"/> ຜົນການວິນິດໄສ | |

**ຄຳແນະນຳສຳລັບການຕື່ມແບບຟອມ DHS-25M
ການອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້ຫຼືການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບ**

1. ພິມໃຫ້ອ່ານງ່າຍໃນທຸກຊ່ອງໂດຍໃຊ້ໝິກສີດຳ.
2. ພາກທີ I - ພິມຊື່ຂອງຄົນເຈັບທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ.
3. ພາກທີ II - ພິມຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງບຸກຄົນ/ອົງການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ. ນອກຈາກນີ້, ໃຫ້ລະບຸຊື່ຂອງບຸກຄົນ, ໜ່ວຍງານ ແລະ ທີ່ຢູ່ທີ່ຈະຮັບຂໍ້ມູນ.
4. ພາກທີ III - ບອກເຫດຜົນວ່າເປັນຫຍັງຕ້ອງການຂໍ້ມູນ (ເຊັ່ນ: ການຮ້ອງຂໍຄວາມພິການ, ການດູແລທາງການແພດຕໍ່ເນື່ອງ)
5. ພາກທີ IV - ໝາຍໃສ່ກ່ອງໃດກ່ອງໜຶ່ງທີ່ມີລາຍຊື່
 - a) ບັນທຶກທັງໝົດ - ບັນທຶກທາງການແພດທີ່ຄົບຖ້ວນຂອງຄົນເຈັບຢູ່ເວັ້ນຂໍ້ມູນລະອຽດອ່ອນ (ເຊັ່ນ: ການສົ່ງຕໍ່ການປິ່ນປົວ ການຕິດເຫຼົ້າ/ຢາເສບຕິດ, ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ, ການປິ່ນປົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ HIV/AIDS ແລະ ສຸຂະພາບຈິດ/ ນອກເໜືອໄປຈາກບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດ)
 - b) ຂໍ້ມູນທັງໝົດນີ້ (ຍົກເວັ້ນກ່ອງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍ) ໃນພາກທີ VI ຂ້າງລຸ່ມນີ້ - ຄົນເຈັບຄວນຈະໝາຍສະເພາະ ໃສ່ກ່ອງທີ່ຄົນເຈັບບໍ່ຕ້ອງການທີ່ຈະເປີດເຜີຍ
 - c) ອື່ນໆ (ລະບຸ)- ຂໍ້ມູນສະເພາະທີ່ລະບຸໂດຍຄົນເຈັບ (ເຊັ່ນ: CHS, ໃບບິນ, ສຸຂະພາບຂອງພະນັກງານ)
 - d) ບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດເທົ່ານັ້ນ- ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດ, ພຽງແຕ່ກ່ອງນີ້ ຄວນໄດ້ຮັບການໝາຍໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້. ການອະນຸຍາດສຳລັບການນຳໃຊ້ ຫຼື ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນບັນທຶກສຸຂະພາບອື່ນໆ ອາດຈະບໍ່ເຮັດສົມທົບກັບການອະນຸຍາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດ.
ບັນທຶກການປິ່ນປົວດ້ວຍທາງຈິດແມ່ນມັກຈະໝາຍເຖິງເປັນບັນທຶກຂະບວນການ, ແຕກຕ່າງຈາກບັນທຶກຄວາມຄືບໜ້າ ໃນບັນທຶກທາງການແພດ. ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ ບັນທຶກຄວາມປະທັບໃຈຂອງຜູ້ປິ່ນປົວກ່ຽວກັບຄົນເຈັບ, ມີລາຍລະອຽດຂອງການ ສົນທະນາການປິ່ນປົວດ້ວຍທາງຈິດທີ່ຖືວ່າບໍ່ເໝາະສົມສຳລັບບັນທຶກທາງການແພດ ແລະ ຖືກນຳໃຊ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຳ ລັບກອງເວລາປະຊຸມໃນອະນາຄົດ. ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ມັກຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ແຍກຕ່າງຫາກເພື່ອຈຳກັດການເຂົ້າເຖິງເນື່ອງ ຈາກວ່າພວກເຂົາເຈົ້າມີຂໍ້ມູນທີ່ລະອຽດອ່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ໃດນອກຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ.
 - e) ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະອຽດອ່ອນ-ກວດສອບການປິ່ນປົວຜູ້ຕິດເຫຼົ້າ-ຢາເສບຕິດ/ ສົ່ງຕໍ່, ການປິ່ນປົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບພະຍາດ HIV/AIDS, ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ, ສຸຂະພາບຈິດ (ນອກເໜືອໄປຈາກບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດ)-ຄົນເຈັບຕ້ອງ ໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ເໝາະສົມ!

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



ເລກກໍລະນີ #: 775219683

6. ພາກທີ V - ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່. ຖ້າຫາກຕ້ອງການວັນໝົດອາຍຸທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, ໃຫ້ລະບຸວັນທີໃໝ່.
7. ພາກທີ V - ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ເຊັ່ນ: ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຫ້າງສົມອບອໍານາດ)
8. ພາກທີ VI - ຂໍ້ມູນສະເພາະທີ່ຄົນເຈັບບໍ່ຕ້ອງການເປີດເຜີຍ.
9. ສໍາເນົາແບບຟອມ DHS-25M ທີ່ເຮັດສໍາເລັດແລ້ວຈະຖືກມອບໃຫ້ຄົນເຈັບ.

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



ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປັບປຸງທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ ກະຊວງກະສິກໍາ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ທີ່ ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແກ້ໄຂຄວາມ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສໍາລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນຫນ້ານີ້, ໃນ ໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດໍາເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທືນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນເພີ່ນຖານທັງໝົດ ນໍາໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແກ້ໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສໍາລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເປົ້າໝາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA, AD-3027, ສາມາດພົບໄດ້ທາງ ອອນລາຍໄດ້ທີ່ <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) ຈົດໝາຍ: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ແຟັກ: (202) 690-7442; ຫຼື (3) ອີເມວ: program.intake@usda.gov. USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ, ນາຍຈ້າງ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ.

ອີງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເພີ່ນູ້ຂອງປີ 1973, ສະບັບປັບປຸງ (29 U.S.C. 794), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄົນພິການອາເມລິກາ ປີ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) ແລະ ຫົວຂໍ້ທີ IX ຂອງການປັບປຸງການສຶກສາຂອງປີ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງປີ 2008 (ໃນເມື່ອກ່ອນແມ່ນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະແຕມອາຫານ), ກົດໝາຍວ່າ ດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດອາຍຸຂອງປີ 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 ພະແນກ ບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປັບປຸງ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບັດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈໍາແນກເຫຼົ່ານີ້ ສໍາລັບການແກ້ໄຂຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. ເພື່ອໂທໂດຍໃຊ້ Rhode Island Relay, ໃຫ້ໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທພຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ພົວພັນຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການເພີ່ນູ້ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອ້າງວ່າການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທໍ່ໄປ ສໍາລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສໍາລັບທຸກໆໂຄງການ ຂອງອົງການ. ເວຂາທິການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມ ຄວາມເຫມາະສົມ.

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: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, 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 ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké n̄ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éin ìm̄ 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) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື້ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປື້ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບັດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍລິຫານປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການບໍລິຫານປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສຳລັບຄົນຫຼຸຫຼາດ/ຜູ້ມີຂໍ້ບົກພ່ອງການໄດ້ຍິນສຽງ 1 800 745 6575 ສຽງ; TTY 711).

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

