



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



Jinsi ya Kuwasiliana Nasi

Nenda Mtandaoni: <https://healthyrhode.ri.gov>

Kwa maswali kuhusu bima ya afya ya bei nafuu au mipango ya huduma za binadamu, wasiliana na Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS) kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

Jimbo la Rhode Island

USASISHAJI WA MSAADA NA HUDUMA ZA KUDUMU ZA MPANGO WA MEDICAID

(Ustahiki wa Kushiriki katika Mpango wa Katie Beckett, Huduma za Nyumbani na Jamii kwa Wazee na Watu Wazima wenye Ulemavu, Vituo vya matunzo, BHDDH na PACE)

Hatua Unayohitaji Kuchukua: Pitia Rekodi ya Maelezo Yako Tuliyo Hitaji

Kila mwaka, lazima tukague hali yako ili kutambua ikiwa bado unastahiki kupokea bima ya Medicaid. Tunaamua iwapo bado unastahiki kulingana na maelezo unayotupatia. Kisha tunakagua maelezo haya kwa kutumia zana dijitali za uthibitishaji. Tumeshindwa kuthibitisha ikiwa wewe au mwanafamilia wako bado anastahiki kushiriki katika mpango wa Medicaid kulingana na uthibitishaji wa nje na maelezo uliyotupatia. Ili uweze kuendelea kustahiki kushiriki katika mpango wa Medicaid na usipoteze bima yako, tafadhali soma notisi hii yote, sasisha maelezo panapohusika, tia saina na uwasilisha fomu ya usasishaji kufikia tarehe iliyowekwa hapa chini. Usipowasilisha fomu ya usasishaji iliyotiwa saina kufikia tarehe iliyowekwa hapa chini, mfumo utatathmini na kubainisha ustahiki wako wa kupokea chaguo za bima ya afya ipasavyo.

Jina la Mpango	Jina	Tarehe ambayo msaada wa sasa umeratibiwa kukoma
Medicaid		06/01/2023

Tafadhali wasilisha hati ifuatayo/zifuatazo na fomu ya usasishaji iliyotiwa saina kufikia tarehe iliyowekwa/zilizowekwa hapa chini. Usipowasilisha hati kufikia tarehe iliyowekwa/zilizowekwa hapa chini, mfumo utatathmini na kubainisha ustahiki wako wa kupokea chaguo za bima ya afya ipasavyo.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Jina	Tunahitaji Maelezo kuhusu:	Maelezo yanapaswa kuwasilishwa kufikia:	Mifano ya hati inayokubalika/ zinazokubalika (Tafadhali wasilisha moja ya zifuatazo):
G [REDACTED] P [REDACTED]	Mapato Yasiyo ya Kazi (ikiwa ni pamoja na Bima ya Ulemavu wa Muda, au, Kustaafu, Waathiriwa, Bima ya Ulemavu)	05/01/2023	Stakabadhi ya/za cheki za hivi karibuni Barua au hati kutoka kwa mtu/shirika linalofanya malipo Rekodi za mahakama au hati nyingine ya kisheria Rekodi za wakili Barua kutoka kwa kabila Taarifa kutoka kwa mkopeshaji Taarifa ya benki au taarifa nyingine ya fedha Barua ya tuzo AP-91 Mkataba wa mkopo Amri ya Mahakama ya Malipo ya Msaada wa Malezi ya Mtoto Taarifa kutoka kwa mzazi anayetoa ulezi Makubaliano ya kutoa msaada

Fomu hii lazima iwasilishwe kufikia tarehe 05/01/2023. Ikiwa hatutapokea fomu hii iliyotiwa saina kufikia tarehe hiyo, ustahiki wako wa kupokea bima ya Medicaid LTSS hautasasishwa na utaacha kupokea huduma ya bima tarehe 05/31/2023.

Ni mabadiliko gani ninayohitaji kuripoti?

- **Mapato:** Tunahitaji kujua kuhusu mabadiliko yoyote katika mapato ya mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS na mke/mume au watu wowote wanaomtegemea wanaozingatiwa wakati wa kubainisha kiasi ambacho lazima kilipwe katika kugharamia huduma ya matibabu kila mwezi. Ikiwa usasishaji huu ni wa mtoto anayestahiki kushiriki katika mpango wa Katie Beckett, tunahitaji tu kujua mapato ya mtoto huyo. Hakuna mchango unaohitajika katika kugharamia huduma ya matibabu.
- **Rasilimali:** Tunahitaji pia kujua ikiwa rasilimali za mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS zimeongezeka na/au ikiwa rasilimali zozote zinazomilikiwa na mpokeaji huyo wa msaada peke yake au pamoja na mtu mwingine zimeuzwa au kuhamishiwa kwa mtu mwingine.
- **Anwani na aina ya makazi:** Tueleze ikiwa mpokeaji wa manufaa ya LTSS amehama au amebadilisha anwani, amepelekwa au kuondoka katika kituo cha matunzo ya wazee au walemavu, kituo cha matunzo au makazi ya kundi, au anaishi katika mpango mpya au tofauti wa makazi ya pamoja.
- **Nia ya Mwenye Nyumba ya kurudi katika makazi yake ya msingi:** KWA WAKAZI WA KITUO CHA MATUNZO PEKEE: ikiwa una nyumba yako ambayo ni makazi yako ya msingi, tunachukulia kwamba una nia ya kurudi kuishi katika nyumba hii kwa wakati unaofaa baadaye, Ikiwa kuna mabadiliko katika umiliki wako au nia ya kurudi katika makazi haya, tafadhali sasisha sehemu ya 5 hapa chini.
- **Hali za familia na wanafamilia:** Tunahitaji kujua ikiwa kumekuwa na mabadiliko katika familia ya mpokeaji wa manufaa kama vile ikiwa mke/mume au mtu anayemtegemea mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS ameaga dunia, amepewa talaka, ameo mtu mwingine au amehamia, amehama, au ameza nyumba AMBAYO haijahasabiwa kama rasilimali. Maelezo haya hayahitajiki kwa usasishaji wa mtoto anayestahiki kushiriki katika mpango wa Katie Beckett.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Nambari ya Kesi: 775219683

- **Hali ya uhamiaji:** Lazima utueleze ikiwa hali ya uhamiaji ya mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS ambaye si raia na/au mfadhili imebadilika tangu tarehe ya kuomba mara ya kwanza au mara ya mwisho kusasishwa.

Ninawezaje kuripoti mabadiliko yangu na kusasisha bima yangu ya Medicaid?

Kuna njia kadhaa za kuripoti mabadiliko. Tafadhali soma maelekezo yafuatayo kwa makini.

- **Barua:** Ikiwa utachagua kujibu kwa barua, tafadhali andika maelezo yaliyobadilika katika safuwima ya "Updated Information" (Maelezo Yaliyosasisishwa) ya notisi hii. IKIWA HAKUNA MAELEZO YOYOTE YALIYOJAZWA MAPEMA NA UNARUDISHA FOMU HII, JAZA VISANDUKU VYA "MAELEZO YA SASA". Tafadhali hakikisha umetia saini na tarehe kwenye fomu. Unaweza kutuma fomu hiyo kwa anwani iliyowekwa katika sehemu ya juu ya notisi hii. Watoto wanaostahiki kushiriki katika mpango wa Katie Beckett wanapaswa kutuma fomu hiyo kwa DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **Peleka Mwenyewe katika Ofisi ya DHS:** Ikiwa utachagua kupeleka mwenyewe fomu katika ofisi ya DHS, tafadhali fuata maagizo yaliyotolewa hapo juu ya Barua. Ili kutambua mahali ambapo ofisi zinapatikana, tembelea www.dhs.ri.gov au piga simu kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Mtandaoni:** Unaweza pia kwenda katika "User Account" (Akaunti yako ya Mtumiaji) kwenye <https://healthyrhode.ri.gov> na ufanye mabadiliko.

Angalia Akaunti Yako Mtandaoni

Maelezo ya manufaa yako yanapatikana pia kwa kuingia katika akaunti yako kupitia <https://healthyrhode.ri.gov/>. Unaweza kufikia akaunti yako kwa kutumia jina la mtumiaji la **GP** [REDACTED]. Ikiwa umesahau nenosiri lako, unaweza kulirejesha kwa kubofya "LOG IN" (INGIA) kisha ubofye "Forgot Username/Password?" (Umesahau Jina la Mtumiaji/Nenosiri?) katika <https://healthyrhode.ri.gov/>. Kupitia akaunti yako, unaweza kuomba na kusasisha manufaa yako na kuripoti mabadiliko.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Fomu ya Usasishaji wa LTSS

Maelekezo: Tafadhali soma fomu hii kwa makini na ujaze maelezo yaliyobadilika kumhusu mpokeaji wa manufaa. Hakikisha **umetia saina na utume fomu nzima ya usasishaji**, ikiwa ni pamoja na ukurasa huu, hata kama hakuna mabadiliko ya kuripoti.

Maelezo ya Mawasiliano ya Mpokeaji wa Manufaa

	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
Anwani Kuu na Uhusiano na Mpokeaji wa Manufaa	██████████ Self	
Anwani ya Barua	██████████ 35758	
	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
Anwani ya Mahali Ambapo Mpokeaji wa Manufaa ya Mpango wa LTSS Anaishi kwa sasa	██████████ 02861	
	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
Nambari ya Simu	808 ██████████	
Anwani ya barua pepe	██████████@gmail.com	
Jina la Mwakilishi Aliyeidhinishwa	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa

1. Mapato:

Tangu mpokeaji wa manufaa alipotuma ombi mara ya kwanza au aliposasisha mara ya mwisho, je, kumekuwa na mabadiliko yoyote katika mapato? Tunahitaji kujua kuhusu mabadiliko yoyote katika mapato ya mpokeaji wa manufaa. Tunahitaji pia kujua majina na mapato ya mke/mume yeyote na watu wanaomtegemea ambao ni lazima tuwazingatie wakati wa kubainisha kiasi ambacho mpokeaji wa manufaa ya LTSS lazima alipe katika gharama ya huduma.

Ikiwa visanduku havijajazwa, tafadhali toa maelezo yanayotakikana.

Ikiwa visanduku vimejazwa mapema, futa maelezo ambayo si sahihi na uweke maelezo sahihi kwenye safu mlalo ambazo hazijajazwa hapa chini. Weka majina na mapato ya watu wowote wavya wanaokutegemea.

Tuma uthibitisho wa kiasi kipya au kilichorekebishwa cha mapato pamoja na fomu hii.

KUMBUKA: Kwa watoto wanaostahiki kupokea msaada wa Katie Beckett, tafadhali weka mapato ya mtoto pekee.

Chagua ikiwa HAKUNA mabadiliko ya kuripoti katika mapato

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Jina	NAMBARI YA KUPOKEA MSAADA WA SERIKALI (SSN)	Tarehe ya Kuzaliwa	Uhusiano na Mpokeaji wa Manufaa ya LTSS	Mapato/Aina
G P	XXX-XX-████████	████████ 939	Self	\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. Rasilimali

Tangu mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS alipoomba mara ya kwanza au aliposasisishwa mara ya mwisho, je, kumekuwa na mabadiliko yoyote katika rasilimali zinazomilikiwa na mpokeaji wa manufaa, ikiwa ni pamoja na ongezeko au punguo lolote? Ikiwa mpokeaji wa manufaa ya LTSS ana rasilimali zozote mpya au zilizobadilika (zilizouzwa au kuhamishwa), tafadhali zitaje hapa chini katika ya sehemu ya “maelezo ya sasa”. Ikiwa fomu imejazwa mapema, weka mstari katikati kwenye maelezo ambayo si sahihi na uweke maelezo sahihi yaliyosasisishwa kwenye visanduku vya upande wa kulia.

KUMBUKA: RASILIMALI ZINAJUMUISHA PESA TASLIMU, AKIBA NA AKAUNTI ZA MALIPO, VYETI VYA AMANA, HISA, DHAMANA, AKAUNTI ZA ABLE, MFUKO WA DHAMANA, UMILIKI WA BIASHARA, NK.

Chagua ikiwa HAKUNA mabadiliko ya kuripoti katika rasilimali.

Jina la mmiliki	Rasilimali	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisishwa
	Gari/Magari	-	
	Malipo/Akiba	-	
	Hisa/dhamana	-	
	Vyeti vya Amana	-	
	Akaunti za Soko la Pesa	-	
	Umiliki wa Biashara	-	
	Malipo ya mwaka	-	
	IRA,401K,403B, Akaunti za Keogh	-	
	Akaunti au Mikataba ya Mazishi	-	
████████	Nyingine	\$ 100,000.00	

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



2a. Amana

Ikiwa mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS au mtu anayemwakilisha mpokeaji wa manufaa alianzisha au kuhamisha kitu chochote cha thamani kama vile urithi, mali, fidia ya bima, mgawo wa IRA, mkataba wa mazishi, biashara ya hisa, fedha za amana, mkataba wa malipo ya mapato ya bima, akaunti ya udalali, fidia ya bima au kitu kama hicho katika ushirika ndani ya kipindi cha miezi sitini (60) iliyopita, jaza visanduku vilivyo hapa chini na utume uthibitisho.

Chagua ikiwa HAKUNA shughuli za udhamini za kuripoti.

Eleza kipengee	Tarehe ya Kitendo	Thamani/Kiasi cha kipengee kilichowekwa katika Ushirika

3. Mali isiyohamishika, ikiwa ni pamoja na nyumba ya Mpokeaji wa Manufaa ya LTSS

Je, kumekuwa na mabadiliko yoyote katika riba ya umiliki ya mpokeaji wa manufaa katika mali isiyohamishika/nyumba (kama vile nyumba au ardhi) tangu wakati wa kuomba mara ya kwanza au mara ya mwisho kusasishwa? Jaza sehemu ambazo hazijajazwa au rekebisha maelezo yoyote yasiyo sahihi kwenye visanduku vilivyo hapa chini na ututumie hati za kuthibitisha mabadiliko yanayohusiana na mauzo, uhamishaji na mapato.

HAKUNA mabadiliko ya Mali Isiyohamishika/nyumba ya kuripoti.

Mali Isiyohamishika na Mali Nyingine		
1. Makazi Makuu	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	
Wake/Waume/Watu wanaokutegemea wanaoishi nyumbani	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	
Mapato kutoka Mali - kukodisha au ukodishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	
Tarehe ya Mauzo/Uhamishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



2. Mali/Makazi Mengine (anwani)	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	
Thamani ya Mali - Bila kujumuisha umiliki, madeni na mikopo yoyote	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	
Mapato kutoka Mali - kukodisha au ukodishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	
Tarehe ya Mauzo/Uhamishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	

4. Bima ya Afya

Toa maelezo kamili na yaliyosasisiwa kuhusu aina zote za bima ya afya zinazotoa bima kwa mpokeaji wa manufaa kwa kujaza sehemu ambazo hazijajazwa au kwa kurekebisha maelezo yaliyojazwa mapema kwenye visanduku ambavyo havijajazwa katika safu mlao iliyo hapa chini. Weka bima ya afya ya mwajiri, mstaafu na bima nyingine za kibinafsi; bima ya meno, macho na bima nyingine za ziada; na bima ya Medicare, Tricare na bima nyingine kama hizo za serikali.

Tafadhali tuma nakala za upande wa mbele na nyuma za kadi zote mpya na zilizosasisiwa za bima ya afya za bima hizi.

Chagua ikiwa HAKUNA mabadiliko ya bima ya afya ya kuripoti

Bima ya Afya	Jina la Mmiliki wa Bima	Nambari ya Bima	Malipo ya Bima ya Kila Mwezi

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Sehemu ya 5: KWA WAKAZI WA KITUO CHA MATUNZO PEKEE

NIA YA KURUDI KATIKA MAKAZI MAKUU

Jaza TU ikiwa kwa sasa unaishi katika kituo cha matunzo na una nyumba yako.

Mimi, _____, ninathibitisha kwamba ninamiliki nyumba inayopatikana
(Jina la Mwombaji/Mpokeaji wa Manufaa)

katika _____
(Anwani ya Mtaa) (Jiji) (Jimbo na Msimbo wa Eneo)

Pia, ninathibitisha kwamba nyumba hii ni makazi yangu makuu;

Ninamiliki nyumba iliyotajwa hapo juu: (Tafadhali Chagua Moja)

Solely (Kibinafsi)

Jointly (Pamoja)

Tenants in common (Wapangaji wa pamoja)

Life Estate (Mali Unayomiliki Ukiwa Hai)

Ninaelewa na ninakubali kwamba ni jukumu langu kujulisha DHS (ndani ya kipindi cha siku kumi (10)) kuhusu mabadiliko yoyote katika umiliki wangu wa nyumba hii. Ninakubali pia kujulisha DHS kuhusu mabadiliko yoyote katika nia yangu ya kurudi kuishi katika nyumba iliyotajwa hapo juu; kwa hivyo, ninaripoti mabadiliko yafuatayo: (andika hapa chini ili ubainishe mabadiliko hayo)

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



ONYO LA ADHABU

“Chini ya adhabu za kusema uongo, ninaapa kwamba fomu hii ya usasishaji imechunguzwa na au nimesomewa, na, kadri ya ufahamu wangu, maelezo hayo ni ya kweli na kamili. Ikiwa ninatuma ombi kwa niaba ya mtu mwingine, ninaapa kwamba ombi hili limechunguzwa na au kusomewa mwombaji, na, kadri ya ufahamu wake, maelezo hayo ni ya kweli na kamili.”

Saini ya Mteja au Mwakilishi Aliyeidhinishwa
Tarehe:

Saini ya Mke/Mume au mzazi
Tarehe:

Saini ya Mlezi/Mlinzi/Mwenye mamlaka ya uwakili
Tarehe:

Saini ya Shahidi wa Idara
Tarehe:

Nambari ya Simu

()



IDHINI YAKO YA KUSHIRIKI DATA KWA AJILI YA KUFANYA MAAMUZI YA USTAHIKI

Tunaweza kukusaidia vyema ikiwa tunaweza kushirikiana na mashirika na wataalamu wengine wanaokujua wewe na familia yako. Kwa kuchagua kisanduku cha "I Agree" (Ninakubali), unatupatia ruhusa ya kupata, kutumia na kushiriki maelezo ya siri kukuhusu kutoka kwa vyanzo mbalimbali ikiwemo R.I. Idara ya Kazi na Mafunzo (Department of Labor and Training), RI. Idara ya Huduma za Binadamu, RI. Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu, RI. Idara ya Afya (Department of Health), RI. Idara ya Marekebisho (Department of Corrections), na Experian kwa niaba ya Vituo vya Huduma za Medicaid na Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) na Mamlaka ya Usimamizi wa Ustawi wa Jamii (Social Security Administration).

Hatutakunyima manufaa yoyote au kupata huduma ya mipango yoyote ambayo unastahiki kwa sababu tu hujatupatia ruhusa ya kupata, kutumia na kushiriki maelezo ya siri. Hata hivyo, bila idhini yako, hatuwezi kukusaidia kufikia mipango na huduma fulani ambazo huenda unastahiki. Idhini yako inahitajika ili kubainisha ustahiki wako.

Unaweza kuendelea kutafuta na kununua bima ya huduma ya afya bila kujaza fomu hii ya idhini kwa kuwasiliana na Kituo chetu cha Mawasiliano (Contact Center) kwa nambari 1-855-840-HSRI (4774), lakini ikiwa ungependa kujua iwapo unastahiki kupokea msaada wowote wa fedha za kununua bima ya afya, iwe unastahiki kupokea bima ya Medicaid, utahitaji kujaza fomu hii ya kutoa idhini.

Shughuli zote za kushiriki na kutumia maelezo unazoidhinisha kwa kuchagua kisanduku cha "I Agree" (Ninakubali) zitafanywa kwa kutii sheria na kanuni za jimbo na nchi zinazohusika za kulinda faragha yako, ikiwa ni pamoja, lakini si tu: Sheria ya Uwajibikaji na Uwezo wa Kuhamishika kwa Bima ya Afya (Health Insurance Portability and Accountability Act) ya 1996 (Pub. L. 104-191 inayojulikana kama HIPAA); RI. Usiri wa Maelezo na Mawasiliano ya Huduma ya Afya ya R.I (R.I. Confidentiality of Health Care Communications and Information) (R.I.G.L. 5-37.3-1 et seq.); RI.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 na kanuni na sheria nyingine zote zinazohusika. Maelezo yatashirikiwa kupitia uhamishaji wa data kwa kompyuta.

Kwa kuchagua kisanduku cha kwanza kilicho hapa chini, ninaidhinisha hatua za kupata na kutumia maelezo ya siri kunihusu ili kubainisha ustahiki wangu wa kujiandikisha katika bima ya afya inayofadhiliwa na serikali au mipango mingine inayofadhiliwa na serikali inayotolewa kupitia kituo hiki, ili kupanga, kutoa na kuratibu msaada na malipo.

- Ninatoa idhini yangu ya kushiriki data kwa ajili ya maamuzi ya ustahiki
- Sitoi idhini yangu na ninaelewa kwamba ustahiki wangu wa kushiriki kwa mipango mingine unaweza kuathiriwa na uamuzi huu

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Una HAKI ya kutobaguliwa. Kulingana na sheria ya serikali kuhusu haki za raia na kanuni na sera za haki za raia za Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, Mashirika yake, ofisi na wafanyakazi wake, na mashirika yanayoshiriki au yanayotoa huduma za mipango ya USDA hayaruhusiwi kubagua kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, dini, jinsia, utambulisho wa kijinsia (ikiwa ni pamoja na mwonekano wa kijinsia), mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, ulemavu, umri, hali ya ndoa, hali ya familia/uzazi, mapato yanayotokana na mpango wa msaada wa umma, misimamo ya kisiasa, au kulipiza kisasi kwa kushiriki katika shughuli za awali za utetezi wa haki za raia katika mpango au shughuli yoyote inayoendeshwa au kufadhiliwa na USDA (si misingi yote inayotumika kwa mipango yote). Tarehe za mwisho za kuwasilisha malalamiko na kutoa suluhu zinatofautiana kulingana na mpango na tukio.

Watu wenye ulemavu wanaohitaji njia mbadala za mawasiliano ya kupata habari kuhusu mpango (k.m Breli, maandishi makubwa, rekodi za sauti, Lugha ya Ishara ya Marekani, nk.), wanapaswa kuwasiliana na Shirika au Kituo cha TARGET cha USDA kwa nambari (202) 720-2600 (simu na TTY) au wawasiliane na USDA kupitia huduma ya Federal Relay Service kwa nambari (800) 877-8339. Pia, maelezo ya mpango yanaweza kupatikana katika lugha zingine kando na lugha ya Kiingereza. Ili kuwasilisha malalamiko ya ubaguzi wa mpango, jaza Fomu ya Malalamiko ya Ubaguzi wa Mpango ya USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), AD-3027, inayopatikana mtandaoni katika <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>

na katika ofisi yoyote ya USDA au andika barua kwa USDA na utoe maelezo yanayoombwa kwenye fomu katika barua hiyo. Ili kuomba nakala ya fomu ya malalamiko, piga simu kwa nambari (866) 632-9992. Wasilisha fomu uliyojaza au barua yako kwa USDA kupitia: (1) barua: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) faksi: (202) 690-7442; au (3) barua pepe: program.intake@usda.gov. USDA ni mtoa huduma, mwajiri na mkopeshaji asiyebugua mtu yeyote.

Kulingana na Kifungu cha VI cha Sheria ya Haki za Raia (Civil Rights Act) ya mwaka wa 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Kifungu cha 504 cha Sheria ya Kupinga Ubaguzi kwa Msingi wa Ulemavu (Rehabilitation Act) ya mwaka wa 1973, kama ilivyorekebisha (29 U.S.C. 794), Sheria ya Wamarekani wenye Ulemavu (Americans with Disabilities Act) ya mwaka wa 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), na Kifungu cha IX cha Marekebisha ya Elimu (Education Amendments) ya mwaka wa 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), Sheria ya Chakula na Lishe (Food and Nutrition Act) ya mwaka wa 2008 (iliyojulikana zamani kama Sheria ya Vocha za Chakula (Food Stamp Act)), Sheria ya Ubaguzi wa Umri (Age Discrimination Act) ya mwaka wa 1975, kanuni za utekelezaji za Idara ya Afya na Huduma za Jamii ya Marekani (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) (45 C.F.R. Sehemu ya 80 na 84) na kanuni za utekelezaji za Idara ya Elimu ya Marekani (U.S. Department of Education) (34 C.F.R. Sehemu ya 104 na 106), na Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture), Huduma za Chakula na Lishe (Food and Nutrition Services, FNS) (7 C.F.R. 272.6); Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) na Idara ya Huduma za Binadamu, hazibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, ulemavu, dini, misimamo ya kisiasa, umri au jinsia katika kukubali au kutoa huduma, ajira au matibabu, katika shughuli zake za elimu na mipango mingine. Chini ya vifungu vingine vya sheria inayohusika, EOHHS na DHS hazibagui kwa msingi wa mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, utambulisho au mwonekano wa kijinsia. Kwa maelezo zaidi kuhusu sheria hizi za kupinga ubaguzi, kanuni na utaratibu wa kuwasilisha malalamiko kwa ajili ya utatuzi wa malalamiko ya ubaguzi, wasiliana na DHS kupitia 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Ili upige simu kwa kutumia huduma ya Rhode Island Relay, piga simu kwa nambari 7-1-1 au piga simu kwa moja ya nambari hizi zisizolipishwa: TTY: 1-800-745-5555, Sauti: 1-800-745-6575. Afisa wa Usimamizi wa Mahusiano ya Jamii (Community Relations Liaison Officer) ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha VI, Ofisi ya Huduma za Kurekebisha Ulemavu (Office of Rehabilitation Services, ORS) Msimamizi au mwakilishi wake ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha IX, Sehemu ya 504 na ADA. Mkurugenzi wa DHS au mwakilishi wake ana wajibu wa jumla wa utiifu wa haki za raia kwa mipango yote ya shirika. Katibu wa EOHHS anawajibika kwa masuala ya ubaguzi unaohusiana na mpango wa Medicaid na malalamiko yoyote kama hayo yataripotiwa ipasavyo.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>





Maagizo kwa Mtoa Huduma ya Uchunguzi

Mgonjwa wako anaomba kupokea huduma kutoka kwa Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS). Unaombwa ujaze fomu hii ili Ofisi ya Ukaguzi wa Matibabu (Office of Medical Review, OMR) iweze kubainisha **Kiwango cha Huduma**.

Hati zinahitajika ili kusaidia katika utoaji wa huduma ambayo inatimiza vyema mahitaji ya **sasa** ya mteja, katika Kituo cha Matunzo (Nursing Facility) au na Huduma za Jamii (Community Services).

Kinachohitajika kutoka kwako ili kuhakikisha ombi hili limekamilishwa:

1. Tafadhali jaza fomu hii ya PM-1 kikamilifu, na uitume kwa Ofisi ya Huduma ya Kudumu iliyotengwa kwa wakati unaofaa. **Lazima ujaze sehemu zote.**
2. Fomu ya PM-1 ni muhimu; maelezo mengine ya matibabu yanapendekezwa, yaani karatasi za dawa, lakini hazipaswi kuchukua nafasi ya fomu hii.

Kama mtoa huduma ya uchunguzi (MD, DO, RNP, PA) utatathmini **uchunguzi wa kimatibabu, shughuli za sasa za maisha ya kila siku, hali ya akili na matibabu** ya mgonjwa wako. (Tafadhali tumia misimbo iliyowekwa katika Sehemu ya Uwezo wa Sasa wa Utendakazi.)

Shukrani za mapema kwa msaada wako.

Shughuli za Maisha ya Kila Siku (Angalia Shughuli za Sasa za Maisha ya Kila Siku)

KUJIPELEKA: uwezo wa kupita kati ya sehemu. Kupanda au kushuka kutoka kwenye, kitanda, kiti, kiti cha magurudumu, mkao wa kusimama isipokuwa kwenda/kutoka bafuni au chooni (kwa kutumia au bila kutumia kifaa cha usaidizi)

KUSONGA: uwezo wa kusonga kutoka sehemu moja hadi nyingine katika mazingira ya nyumbani (kwa kutumia au bila kutumia kifaa cha usaidizi)

KUJIGUZA KITANDANI: uwezo wa kujigeuza ipasavyo, kutoka upande mmoja hadi mwingine

KUVAA: uwezo wa kuvaa, kujifunga na kuvua mavazi yote

KUOGA: uwezo wa kuoga kwa beseni, bafu ya manyunyu au kujipangusa (vizuri na ipasavyo) na uwezo kuingia au kutoka kwenye beseni au bafu ya manyunyu (kwa kutumia au bila kutumia kifaa cha usaidizi)

KWENDA CHOONI: uwezo wa kujiweka/kujitoa kwenye choo, kujipangusa baada ya kwenda haja, kubadilisha sodo/chupi, kudhibiti mianya ya upasuaji mwilini au katheta na kuvaa nguo

KULA: uwezo wa kula na kunywa kwa kutumia vyombo vya kawaida au vya kuiga (hii pia inajumuisha uwezo wa kukata, kutafuna na kumeza chakula)

USAFI WA MWILI: uwezo wa kuchana nywele, kupiga mswaki, kuosha na kukausha uso, mikono na msamba

UDHIBITI WA DAWA: uwezo wa kutambua na kutumia dawa vizuri kwa wakati, njia na dozi inayofaa

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Taarifa ya Matibabu ya Mtoa Huduma

Tarehe: _____ Tarehe ya Ziara ya Mwisho ya Kutembelea Ofisi: _____

Jina la Mwombaji: _____ Tarehe ya Kuzaliwa: _____

Nambari ya Kupokea Msaada
wa Serikali (SSN) au MID: _____ Jinsia (Tia duara): Mwanamume/ Mwanamke

Anwani: _____ Nyumba/Ghorofa: _____

Jiji/Mji: _____ Jimbo: _____ Msimbo wa Eneo: _____

Mpango wa Sasa wa Kuishi (Tia duara): Anaishi Peke Yake / Anaishi na Wengine / Mpango Mwingine: _____

Jina la Kituo: _____ Tarehe ya Kusajiliwa: _____

UCHUNGUZI: Kimatibabu na Kitabia (ikiwa ni pamoja na hali ya ugonjwa)

***MISIMBO YA MATOKEO YA UCHUNGUZI HAIRUHUSIWI**

UCHUNGUZI WA MSINGI (Tarehe)	UCHUNGUZI MWINGINE (Tarehe)	UPASUAJI/MAAMBUKIZO (weka tarehe)

Ubashiri wa Uwezekano wa Kupokea Huduma za Urekebishaji: _____

Ulemavu wa Kudumu (tia duara): Ndiyo/ Hapana

DAWA: Jina, Dozi, Mara na Njia

UTATHMINI WA MAUMIVU

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uchunguzi: _____ Mara: _____
(hakuna) (kiasi) (Makali)

Je, maumivu yanaathiri shughuli au kujishughulisha kwa mtu? (tia duara) Ndiyo/ Hapana

Je, maumivu yanatulizwa na dawa/matibabu? (tia duara) Ndiyo/ Hapana

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



MATIBABU YA SASA NA MARA**Maagizo ya Mtoa Huduma (Jumuisha maagizo mahususi ya Chakula, PT/OT/ST, Oksijeni)**

Tiba:	Matunzo ya Kidonda: Sehemu _____
PT _____ x kwa wiki kwa _____ kwa wiki	(matibabu) _____
OT _____ x kwa wiki kwa _____ kwa wiki	Idadi ya Vidonda vya Shinikizo
ST _____ x kwa wiki kwa _____ kwa wiki	Awamu _____ Ukubwa _____ sentimita
Matibabu ya Upumuaji _____	Mafunzo ya Kwenda Haja Ndogo na Kubwa <input type="checkbox"/>
Lita za Oksijeni _____ PRN <input type="checkbox"/> Inayoendelezwa <input type="checkbox"/>	Kutoweza Kujizuia Kwenda Haja:
Tibakemikali/Mnururisho <input type="checkbox"/>	Haja Ndogo <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana Mara _____
Dialisisi <input type="checkbox"/>	Haja Kubwa <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana Mara _____
Chakula _____	Mrija wa Kutolea Mkojo <input type="checkbox"/>
Kula Kupitia Mrija _____	Tobo la Kutolea Haja Kubwa <input type="checkbox"/>
	Tobo la Kutolea Mkojo <input type="checkbox"/>

Msimbo ya Shughuli za Sasa za Maisha ya Kila Siku (TUMIA MISIMBO)**0 = PEKE YAKE: HAKUNA KUZUNGUMZA, HAKUNA KUGUSA**

Hakuna usaidizi au uangalizi unaotolewa kwa mtu wakati wa shughuli (kwa kutumia au bila kutumia kifaa cha usaidizi)

1 = UANGALIZI: KUZUNGUMZA, HAKUNA KUGUSA

Usaidizi wa uangalizi, udokezeaji na kutia moyo unatolewa kwa mtu wakati wa shughuli (kwa kutumia au bila kutumia kifaa cha usaidizi)

2 = USAIDIZI MDOGO: KUZUNGUMZA NA KUGUSA

Mtu alihusika zaidi katika shughuli, alipokea usaidizi wa kuelekezwa kwa vitendo, hakuna kuinua sehemu yoyote ya mwili wa mtu

3 = USAIDIZI MKUBWA: KUZUNGUMZA, KUGUSA NA KUINUA

Mtu alifanya sehemu ya shughuli lakini mtunzaji anatoa usaidizi kwa vitendo wa kuinua, kusogeza au kuhamisha mtu

4 = HAJIWEZI KABISA: VITENDO VYOTE VINAFAANYWA NA MTUNZAJI

Mtu hashiriki katika sehemu yoyote ya shughuli

5 = SHUGHULI HAIKUFANYIKA: HAKUNA KITENDO

Shughuli haikufanywa na mtu au mtunzaji

Shughuli za Maisha ya Kila Siku (Activities of Daily Living, AOL)	Tafadhali tia duara yote yanayofaa: Fimbo, Mkongojo, Kiti cha	Matumizi ya Vifaa (AOL)
_____ Kupanda/Kushuka/Kujigeuz	Magurudumu, Kutoka kwa	_____ Kutunza nyumba
_____ a Kitandani	Kitanda hadi kwa Kiti, Kulazwa,	_____ Kutayarisha Chakula
_____ Kuvaa mavazi	Hatari ya Kuanguka	_____ Kufanya Ununuzi
_____ Kuoga		_____ Kufua Nguo
_____ Kwenda Chooni		
_____ Kula		
_____ Usafi wa Mwili		
_____ Udhibiti wa Dawa		
_____ Kusonga		
_____ Kujipeleka		

Je, mgonjwa anaweza kutoka nje bila kuandamana na mtu? **Ndiyo / Hapana**Je, mgonjwa anaweza kutumia vyombo vya usafiri wa umma peke yake? **Ndiyo / Hapana**Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>

HALI YA AKILI

Je, mgonjwa ana kasoro? (tia duara) Ndiyo/ Hapana

Alama ya MMSE _____ Alama ya BIMS _____ Tarehe _____

Uwezo wa Kiakili wa Kufanya Maamuzi ya Kila Siku (tafadhali chagua moja)

- Peke yake: Maamuzi thabiti/yanayofaa
- Upekee wa Kurekebishwa: Ugumu fulani katika hali mpya pekee
- Kasoro Kiasi: Maamuzi duni/kidokezo/uangalizi unahitajika
- Kasoro Kubwa: Hakuna kabisa/Si rahisi afanye maamuzi

Tabia: Tafadhali tia duara yote yanayofaa.

Tafadhali jumuisha kiwango cha ukubwa kwenye mstari uliowekwa: 1 = Kidogo 2 = Kiasi 3 = Kubwa

_____ Amechanganyikiwa
 _____ Kutoweza Kukumbuka Mambo
 _____ Anakataa Huduma

_____ Mwenye wasiwasi
 _____ Mwenye Matamshi Makali
 _____ Mchokozi kwa Vitendo

_____ Kuzurura
 _____ Kutoroka
 _____ Nyingine

Je, mgonjwa anafuatiliwa na huduma za kisaikolojia: Ndiyo/ Hapana Ikiwa Ndiyo, Wapi?

Je, amelazwa kwa ajili ya kufanyiwa Uchunguzi wa Ugonjwa wa Akili? Ndiyo/ Hapana (Ikiwa Ndiyo, toa maelezo)

Tarehe: _____

Hospitali: _____

Uchunguzi: _____

Ikiwa hatua ya kupelekwa katika kituo cha matunzo ni muhimu kimatibabu, je, kuna uwezekano wa mgonjwa kurudi katika jamii ndani ya miezi 6? Ndiyo/ Hapana

Jina la Mtoa Huduma (MD, DO, RNP, PA) (Andika) _____

Saini: _____

Tarehe: _____

Kwa Matumizi ya Ofisi Pekee

Mchunguzi wa Huduma za Jamii: _____

Ofisi ya Wilaya: _____

Tarehe ya Fomu kutumwa kwa Mtoa huduma: _____

Tarehe ya Kuwasilishwa: _____





MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXX

Jinsi ya Kuwasiliana Nasi

Nenda Mtandaoni: <https://healthyrhode.ri.gov>

Kwa maswali kuhusu bima ya afya ya bei nafuu au mipango ya huduma za binadamu, wasiliana na Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS) kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

IDHINI YA KUPATA AU KUTOA MAELEZO YA SIRI

Fomu hii haikusudiwi kutumika kama fomu ya Idhini ya Kutoa Maelezo ya Matibabu.
Tafadhali usitoe maelezo yoyote ya Matibabu kwenye fomu hii.

Ninaidhinisha Idara ya Huduma za Jamii (Department of Human Services) ya jimbo la Rhode Island kupata kutoka kwa, au kutoa kwa:

Jina _____
Mtu, Shirika au Wakala

Anwani _____

maelezo yafuatayo yanayonihsu au yanayomhusu mtu aliyetajwa hapa chini ambaye ninamsimamia:

Maelezo ya Kifedha _____
(Taja) (Tarehe)

Maelezo ya Kijamii _____
(Taja) (Tarehe)

Maelezo Mengine _____
(Taja) (Tarehe)

Jina (lililoandikwa) _____
Mtu ambaye anaombwa atoe maelezo

Tarehe ya Kuzaliwa _____ **Nambari ya Kupokea Msaada wa Serikali** _____

Nambari ya Madai ya VA _____

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Nambari ya Kesi:

Anwani _____

Sababu ya Kuomba _____

Ninaelewa kwamba rekodi zinalindwa chini ya Sheria za Jumla za jimbo la Rhode Island (General Laws of Rhode Island) na haziwezi kufichuliwa bila hati ya idhini, isipokuwa kama inavyotakiwa vinginevyo na sheria. Maelezo yoyote yanayotolewa au kuwasilishwa kutokana na idhini hii hayapaswi kushirikiwa zaidi kwa njia yoyote kwa mtu au shirika lolote nje ya idara, bila hati ya idhini ya ziada kutoka kwangu, isipokuwa ni kwa kusudi la kushughulikia ombi langu la msaada au huduma. Idhini hii itaacha kutumika baada ya kusimamishwa kwa msaada au kujiondoa kwenye huduma au inaweza kuondolewa wakati wowote.

Saini ya Mteja, Mzazi, au Mlezi

Uhusiano na mtu aliyetajwa hapo juu

Tarehe

Jina (lililoandikwa)

Mwakilishi wa Shirika la DHS

Cheo

Anwani ya Ofisi ya Wilaya _____

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Nambari ya Kesi:

Una HAKI ya kutobaguliwa. Kulingana na sheria ya serikali kuhusu haki za raia na kanuni na sera za haki za raia za Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, Mashirika yake, ofisi na wafanyakazi wake, na mashirika yanayoshiriki au yanayotoa huduma za mipango ya USDA hayaruhusiwi kubagua kwa msingi wa asili, rangi, utaiifa, dini, jinsia, utambulisho wa kijinsia (ikiwa ni pamoja na mwonekano wa kijinsia), mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, ulemavu, umri, hali ya ndoa, hali ya familia/uzazi, mapato yanayotokana na mpango wa msaada wa umma, misimamo ya kisiasa, au kulipiza kisasi kwa kushiriki katika shughuli za awali za utetezi wa haki za raia katika mpango au shughuli yoyote inayoendeshwa au kufadhiliwa na USDA (si misingi yote inayotumika kwa mipango yote). Tarehe za mwisho za kuwasilisha malalamiko na kutoa suluhu zinatofautiana kulingana na mpango na tukio.

Watu wenye ulemavu wanaohitaji njia mbadala za mawasiliano ya kupata habari kuhusu mpango (k.m Breli, maandishi makubwa, rekodi za sauti, Lugha ya Ishara ya Marekani, nk.), wanapaswa kuwasiliana na Shirika au Kituo cha TARGET cha USDA kwa nambari (202) 720-2600 (simu na TTY) au wawasiliane na USDA kupitia huduma ya Federal Relay Service kwa nambari (800) 877-8339. Pia, maelezo ya mpango yanaweza kupatikana katika lugha zingine kando na lugha ya Kiingereza. Ili kuwasilisha malalamiko ya ubaguzi wa mpango, jaza Fomu ya Malalamiko ya Ubaguzi wa Mpango ya USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), AD-3027, inayopatikana mtandaoni katika <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>

na katika ofisi yoyote ya USDA au andika barua kwa USDA na utoe maelezo yanayoombwa kwenye fomu katika barua hiyo. Ili kuomba nakala ya fomu ya malalamiko, piga simu kwa nambari (866) 632-9992. Wasilisha fomu uliyojaza au barua yako kwa USDA kupitia: (1) barua: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) faksi: (202) 690-7442; au (3) barua pepe: program.intake@usda.gov. USDA ni mtoa huduma, mwajiri na mkopeshaji asiyebagua mtu yeyote.

Kulingana na Kifungu cha VI cha Sheria ya Haki za Raia (Civil Rights Act) ya mwaka wa 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Kifungu cha 504 cha Sheria ya Kupinga Ubaguzi kwa Msingi wa Ulemavu (Rehabilitation Act) ya mwaka wa 1973, kama ilivyorekebisha (29 U.S.C. 794), Sheria ya Wamarekani wenye Ulemavu (Americans with Disabilities Act) ya mwaka wa 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), na Kifungu cha IX cha Marekebisha ya Elimu (Education Amendments) ya mwaka wa 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), Sheria ya Chakula na Lishe (Food and Nutrition Act) ya mwaka wa 2008 (iliyojulikana zamani kama Sheria ya Vocha za Chakula (Food Stamp Act)), Sheria ya Ubaguzi wa Umri (Age Discrimination Act) ya mwaka wa 1975, kanuni za utekelezaji za Idara ya Afya na Huduma za Jamii ya Marekani (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) (45 C.F.R. Sehemu ya 80 na 84) na kanuni za utekelezaji za Idara ya Elimu ya Marekani (U.S. Department of Education) (34 C.F.R. Sehemu ya 104 na 106), na Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture), Huduma za Chakula na Lishe (Food and Nutrition Services, FNS) (7 C.F.R. 272.6); Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) na Idara ya Huduma za Binadamu, hazibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaiifa, ulemavu, dini, misimamo ya kisiasa, umri au jinsia katika kukubali au kutoa huduma, ajira au matibabu, katika shughuli zake za elimu na mipango mingine. Chini ya vifungu vingine vya sheria inayohusika, EOHHS na DHS hazibagui kwa msingi wa mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, utambulisho au mwonekano wa kijinsia. Kwa maelezo zaidi kuhusu sheria hizi za kupinga ubaguzi, kanuni na utaratibu wa kuwasilisha malalamiko kwa ajili ya utatuzi wa malalamiko ya ubaguzi, wasiliana na DHS kupitia 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Ili upige simu kwa kutumia huduma ya Rhode Island Relay, piga simu kwa nambari 7-1-1 au piga simu kwa moja ya nambari hizi zisizolipishwa: TTY: 1-800-745-5555, Sauti: 1-800-745-6575. Afisa wa Usimamizi wa Mahusiano ya Jamii (Community Relations Liaison Officer) ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha VI, Ofisi ya Huduma za Kurekebisha Ulemavu (Office of Rehabilitation Services, ORS) Msimamizi au mwakilishi wake ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha IX, Sehemu ya 504 na ADA. Mkurugenzi wa DHS au mwakilishi wake ana wajibu wa jumla wa utiifu wa haki za raia kwa mipango yote ya shirika. Katibu wa EOHHS anawajibika kwa masuala ya ubaguzi unaohusiana na mpango wa Medicaid na malalamiko yoyote kama hayo yataripotiwa ipasavyo.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>





MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

Jinsi ya Kuwasiliana Nasi
Nenda Mtandaoni: <https://healthyrhode.ri.gov>

Kwa maswali kuhusu bima ya afya ya bei nafuu au mipango ya huduma za binadamu, wasiliana na Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS) kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

IDHINI YA KUFICHUA/KUTUMIA MAELEZO YA AFYA

MAELEKEZO: JAZA SEHEMU ZOTE, WEKA TAREHE NA SAINI

I. Mimi, _____, ninaidhinisha kwa hiari yangu kufichuliwa kwa maelezo ya rekodi yangu.
(Jina la Mwombaji/Mgonjwa)

Tarehe Yangu ya Kuzaliwa: ____/____/____
Nambari Yangu ya Kupokea Msaada wa Serikali: ____-____-____

II. Maelezo yangu yanapaswa kufichuliwa na:

Na yanapaswa kuwasilishwa kwa:

(Jina la Mtu/Shirika)

(Jina la Mtu/Shirika)

(Anwani)

(Anwani)

(Jiji, Jimbo, Msimbo wa Eneo)

(Jiji, Jimbo, Msimbo wa Eneo)

III. Kusudi au haja ya kutolewa kwa maelezo haya ni:

Ninaomba Msaada wa Matibabu

Sababu zangu mwenyewe na za kibinafsi

Ninaomba Huduma zingine za OHS

Sababu nyingine (taja) _____

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



IV. Maelezo ya kufichuliwa: (chagua MOJA ya visanduku vifuatavyo pekee)

- Rekodi Nzima ya Afya Maelezo ya Bima ya Afya
- Maelezo yote (Isipokuwa visanduku nilivyochagua) katika sehemu ya VI hapa chini
- Maelezo mengine (taja): _____
- Maelezo ya matibabu ya kisaikolojia PEKEE (kwa kuchagua kisansuku hiki, ninaondoa haki yangu ya mgonjwa wa matibabu ya kisaikolojia)**

Ningependa pia maelezo nyeti yafuatayo yafichuliwe (chagua kisansuku/visanduku husika)

- Rufaa/Matibabu ya Matumizi Mabaya ya Pombe/Dawa za Kulevya Matibabu Yanayohusiana na UKIMWI
- Magonjwa ya Zinaa Afya ya Akili (Kando na maelezo ya Matibabu ya Kisaikolojia)

V. Ninaelewa kwamba ikiwa ninaomba kuandikishwa, kuthibitishwa upya au huduma zingine, idhini hii inahusu watoa huduma wangu wote wa matibabu/afya, ikiwa ni pamoja na mtoa huduma aliyetajwa hapo juu pamoja na mtu, kituo au mpango mwingine wowote ambao nimetaja kwenye hati ya ombi/maombi yangu kwa mipango ya Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services), na kwenye fomu za DHS zinazohitajika, hasa fomu za AP-70 na fomu za MA-63. Ninaelewa zaidi kwamba idhini hii inahitajika kama masharti ya kupata huduma na kustahiki na itatumika na DHS kwa makusudi hayo pekee. Kwa hivyo, nisipotia saina idhini hii inaweza kuathiri ustahiki wangu na/au upeo wa huduma ninazoweza kupata.

Pia, ninakubali kutumiwa kwa hati ya faksi au nakala ya fomu hii kwa utoaji au ufichuaji wa maelezo.

Ninaelewa pia kwamba ninaweza kuondoa idhini hii kwa kuandika barua wakati wowote kwa IDARA YA HUDUMA ZA BINADAMU (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES) na kwamba, nikifanya hivyo, DHS inaweza kuweka masharti kwa ustahiki na uwezo wangu wa kupata huduma kwa sababu ya uamuzi wangu wa kuondoa idhini. Zaidi ya hayo, maelezo yoyote yaliyofichuliwa kwa DHS kabla sijaondoa idhini hii, pamoja na maelezo yoyote yaliyofichuliwa kwa wahusika wengine kwa kutumia idhini hii, hayalindwi tena na Sheria ya Uwajibikaji na Uwezo wa Kuhamishika kwa Bima ya Afya (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) Kanuni ya Faragha [45 CFR sehemu ya 164], na sheria ya faragha ya 1974[5 USC 552a]. Ikiwa idhini hii haijaondolewa, itaacha kutumika mwaka mmoja kuanzia tarehe niliyotia saina isipokuwa niwe nimebainisha tarehe tofauti ya mwisho wa matumizi au tukio la mwisho wa matumizi kwenye mstari ulio hapa chini.

(Weka maelezo ikiwa ni tofauti na mwaka mmoja baada ya tarehe iliyo hapa chini)

Saina ya Mgonjwa

Tarehe

Saina ya Mwakilishi Aliyeidhinishwa

Uhusiano na Mgonjwa

Tarehe



VI. Maelezo Mahususi Ambayo SITAKI Yafichuliwe: (*chagua kisanduku/visanduku husika*)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muhtasari wa Maelezo ya Kuruhusiwa Kuondoka Hospitalini na data ya maabara | <input type="checkbox"/> Maelezo ya maendeleo | <input type="checkbox"/> Data ya Maabara | <input type="checkbox"/> Uchunguzi wa Ugonjwa wa Akili |
| <input type="checkbox"/> Historia na Uchunguzi wa Mwili | <input type="checkbox"/> Mpango wa Matibabu | <input type="checkbox"/> Vipimo vya Kisaikolojia | <input type="checkbox"/> Historia ya Huduma kwa Jamii |
| <input type="checkbox"/> Kazi | <input type="checkbox"/> Matibabu | <input type="checkbox"/> Elimu | <input type="checkbox"/> Fedha |
| <input type="checkbox"/> Data ya Kiwango cha Chini | <input type="checkbox"/> Maelezo ya Muuguzi | <input type="checkbox"/> Mipango ya Matibabu | <input type="checkbox"/> Rekodi za Matibabu ya Meno |
| <input type="checkbox"/> Picha/ Video/ Picha Dijitali | <input type="checkbox"/> Taarifa za Malipo | <input type="checkbox"/> Ripoti za Ushauri | <input type="checkbox"/> Rekodi za Lishe |
| <input type="checkbox"/> Rekodi za Matibabu ya Dharura | <input type="checkbox"/> Ripoti za Eksirei | <input type="checkbox"/> Matokeo ya Uchunguzi | |

**Maagizo ya Kujaza Fomu ya DHS-25M
IDHINI YA KUTUMIA AU KUFICHUA MAELEZO YA AFYA**

1. Andika maandishi yanayosomeka vizuri katika sehemu zote ukitumia wino mweusi.
2. Sehemu ya I - andika jina la mgonjwa ambaye maelezo yake yanatolewa.
3. Sehemu ya II - andika jina na anwani ya mtu/shirika lililoidhinishwa kutoa maelezo. Pia, andika jina la mtu, kitengo na anwani itakayopokea maelezo.
4. Sehemu ya III - eleza kwa nini maelezo hayo yanatakikana (k.m., dai la ulemavu, kuendelea kupokea huduma ya matibabu)
5. Sehemu ya IV - chagua MOJA ya visanduku vilivyowekwa
 - a) Rekodi Nzima- rekodi nzima ya matibabu ya mgonjwa isipokuwa maelezo nyeti (k.m., rufaa ya matibabu ya matumizi mabaya ya pombe/dawa za kulevya, magonjwa ya zinaa, matibabu yanayohusiana na UKIMWI na maelezo ya afya ya akili/isipokuwa maelezo ya matibabu ya kisaikolojia)
 - b) Maelezo haya yote (isipokuwa visanduku nilivyochagua) katika sehemu ya VI hapa chini - mgonjwa anapaswa tu kuchagua visanduku vya maelezo ambayo HATAKI yafichuliwe
 - c) Maelezo mengine (taja)- maelezo mahususi yaliyobainishwa na mgonjwa (k.m.; CHS, malipo, afya ya mfanyakazi)
 - d) Maelezo ya Matibabu ya Kisaikolojia PEKEE- ili kuidhinisha kutumiwa au kufichuliwa kwa maelezo ya matibabu ya kisaikolojia, ni kisanduku hiki pekee kinachopaswa kuchaguliwa kwenye fomu hii. Idhini za kutumiwa au kufichuliwa kwa maelezo ya rekodi nyingine ya matibabu HAZIPASWI kutolewa pamoja na idhini zingine zinazohusiana na maelezo ya matibabu ya kisaikolojia. Maelezo ya matibabu ya kisaikolojia mara nyingi hurejelewa kama maelezo ya utaratibu, yanayoweza kutofautishwa na maelezo ya maendeleo kwenye rekodi ya matibabu. Maelezo haya huonyesha mitazamo ya daktari kuhusu mgonjwa, yana maelezo ya mazungumzo ya matibabu ya kisaikolojia yanayozingatwa kuwa hayafai kwa rekodi ya matibabu, na hutumiwa na mtoa huduma kwa vipindi vya baadaye. Maelezo haya mara nyingi huhifadhiwa kando ili kuzuia yasifikwi kwa sababu yana maelezo nyeti ambayo ni muhimu kwa mtoa huduma ya matibabu pekee.
 - e) KUTOLEWA KWA MAELEZO NYETI - chagua kisanduku cha rufaa/matibabu ya matumizi mabaya ya pombe/dawa za kulevya, matibabu yanayohusiana na UKIMWI, magonjwa ya zinaa, afya ya akili (Kando na maelezo ya matibabu ya kisaikolojia) - mgonjwa lazima achague kisanduku kinachofaa!

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Nambari ya Kesi: 775219683

6. Sehemu ya V - tia saina na tarehe. Ikiwa unapendelea tarehe tofauti ya mwisho wa matumizi, taja tarehe mpya.
7. Sehemu ya V - Mwakilishi aliyeidhinishwa (k.m., mlezi rasmi, wakili)
8. Sehemu ya VI - Maelezo mahususi ambayo mgonjwa HATAKI yafichuliwe.
9. Mgonjwa atapewa nakala ya Fomu ya DHS-25M iliyojazwa.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Una HAKI ya kutobaguliwa. Kulingana na sheria ya serikali kuhusu haki za raia na kanuni na sera za haki za raia za Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, Mashirika yake, ofisi na wafanyakazi wake, na mashirika yanayoshiriki au yanayotoa huduma za mipango ya USDA hayaruhusiwi kubagua kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, dini, jinsia, utambulisho wa kijinsia (ikiwa ni pamoja na mwonekano wa kijinsia), mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, ulemavu, umri, hali ya ndoa, hali ya familia/uzazi, mapato yanayotokana na mpango wa msaada wa umma, misimamo ya kisiasa, au kulipiza kisasi kwa kushiriki katika shughuli za awali za utetezi wa haki za raia katika mpango au shughuli yoyote inayoendeshwa au kufadhiliwa na USDA (si misingi yote inayotumika kwa mipango yote). Tarehe za mwisho za kuwasilisha malalamiko na kutoa suluhu zinatofautiana kulingana na mpango na tukio.

Watu wenye ulemavu wanaohitaji njia mbadala za mawasiliano ya kupata habari kuhusu mpango (k.m Breli, maandishi makubwa, rekodi za sauti, Lugha ya Ishara ya Marekani, nk.), wanapaswa kuwasiliana na Shirika au Kituo cha TARGET cha USDA kwa nambari (202) 720-2600 (simu na TTY) au wawasiliane na USDA kupitia huduma ya Federal Relay Service kwa nambari (800) 877-8339. Pia, maelezo ya mpango yanaweza kupatikana katika lugha zingine kando na lugha ya Kiingereza. Ili kuwasilisha malalamiko ya ubaguzi wa mpango, jaza Fomu ya Malalamiko ya Ubaguzi wa Mpango ya USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), AD-3027, inayopatikana mtandaoni katika <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> na katika ofisi yoyote ya USDA au andika barua kwa USDA na utoe maelezo yanayoombwa kwenye fomu katika barua hiyo. Ili kuomba nakala ya fomu ya malalamiko, piga simu kwa nambari (866) 632-9992. Wasilisha fomu uliyojaza au barua yako kwa USDA kupitia: (1) barua: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) faksi: (202) 690-7442; au (3) barua pepe: program.intake@usda.gov. USDA ni mtoa huduma, mwajiri na mkopeshaji asiyebugua mtu yeyote.

Kulingana na Kifungu cha VI cha Sheria ya Haki za Raia (Civil Rights Act) ya mwaka wa 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Kifungu cha 504 cha Sheria ya Kupinga Ubaguzi kwa Msingi wa Ulemavu (Rehabilitation Act) ya mwaka wa 1973, kama ilivyorekebisha (29 U.S.C. 794), Sheria ya Wamarekani wenye Ulemavu (Americans with Disabilities Act) ya mwaka wa 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), na Kifungu cha IX cha Marekebisha ya Elimu (Education Amendments) ya mwaka wa 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), Sheria ya Chakula na Lishe (Food and Nutrition Act) ya mwaka wa 2008 (iliyojulikana zamani kama Sheria ya Vocha za Chakula (Food Stamp Act)), Sheria ya Ubaguzi wa Umri (Age Discrimination Act) ya mwaka wa 1975, kanuni za utekelezaji za Idara ya Afya na Huduma za Jamii ya Marekani (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) (45 C.F.R. Sehemu ya 80 na 84) na kanuni za utekelezaji za Idara ya Elimu ya Marekani (U.S. Department of Education) (34 C.F.R. Sehemu ya 104 na 106), na Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture), Huduma za Chakula na Lishe (Food and Nutrition Services, FNS) (7 C.F.R. 272.6); Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) na Idara ya Huduma za Binadamu, hazibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, ulemavu, dini, misimamo ya kisiasa, umri au jinsia katika kukubali au kutoa huduma, ajira au matibabu, katika shughuli zake za elimu na mipango mingine. Chini ya vifungu vingine vya sheria inayohusika, EOHHS na DHS hazibagui kwa msingi wa mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, utambulisho au mwonekano wa kijinsia. Kwa maelezo zaidi kuhusu sheria hizi za kupinga ubaguzi, kanuni na utaratibu wa kuwasilisha malalamiko kwa ajili ya utatuzi wa malalamiko ya ubaguzi, wasiliana na DHS kupitia 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Ili upige simu kwa kutumia huduma ya Rhode Island Relay, piga simu kwa nambari 7-1-1 au piga simu kwa moja ya nambari hizi zisizolipishwa: TTY: 1-800-745-5555, Sauti: 1-800-745-6575. Afisa wa Usimamizi wa Mahusiano ya Jamii (Community Relations Liaison Officer) ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha VI, Ofisi ya Huduma za Kurekebisha Ulemavu (Office of Rehabilitation Services, ORS) Msimamizi au mwakilishi wake ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha IX, Sehemu ya 504 na ADA. Mkurugenzi wa DHS au mwakilishi wake ana wajibu wa jumla wa utiifu wa haki za raia kwa mipango yote ya shirika. Katibu wa EOHHS anawajibika kwa masuala ya ubaguzi unaohusiana na mpango wa Medicaid na malalamiko yoyote kama hayo yataripotiwa ipasavyo.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <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។ ចុះ 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 nà ke dyédé gbo: ɔ jù ké m̀ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, ní, à wuɖu kà kò d̀ò po-poò b̀éin m̀ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

Notisi ya Kupinga Ubaguzi

Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) na Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS) haibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaiifa, ulemavu, misimamo ya kisiasa, umri, dini au jinsia katika kukubali au kutoa huduma, ajira au matibabu, katika shughuli zake za elimu na mipango mingine. Chini ya vifungu vingine vya sheria inayohusika, EOHHS/DHS hazibagui kwa msingi wa mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, utambulisho au mwonekano wa kijinsia. Kwa maelezo zaidi kuhusu sheria hizi za kupinga ubaguzi, kanuni na utaratibu wa kuwasilisha malalamiko kwa ajili ya utatuzi wa malalamiko ya ubaguzi, wasiliana na DHS kupitia 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, nambari ya simu (401) 462-2971 (kwa viziwi/wenye matatizo ya kusikia kwa nambari ya simu ya 1-800-745-6575; TTY 711).

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>

