



HSGDIHRFP XRBVZZLVS  
31 Vjzb St, 19 GPSG st  
Cumberland, RI 02864

ວິທີເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ

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

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

### ລັດ ໂຮດໄອແລນ

## ການຕໍ່ອາຍໂຄງການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ MEDICARE (MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM, MPPP)

### ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເອກະສານສໍາລັບທ່ານ

ບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸອັດຕະໂນມັດສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຈ່າຍເງິນພິເສດ Medicaid

| ຊື່ໂຄງການ                      | ຊື່                 | ວັນທີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນ<br>ບັດຈຸບັນຈະໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍ |
|--------------------------------|---------------------|---|
| ການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ Medicare | HSGDIHRFP XRBVZZLVS | 06/01/2023  |

### ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕໍ່ອາຍການຄຸ້ມຄອງ MPP ໄດ້ແນວໃດ?

ແບບຟອມນີ້ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ. ກະລຸນາກວດເບິ່ງແບບຟອມທັງໝົດເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຂໍ້ມູນຍັງຖືກຕ້ອງ.

- **ຖ້າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ, ຢ່າເຮັດຫຍັງເລີຍ:** ຖ້າຂໍ້ມູນທັງໝົດຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຍັງຄົງຄືເກົ່າ, ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ MPP ຂອງທ່ານຈະຖືກຕໍ່ອາຍໂດຍອັດຕະໂນມັດອີກໜຶ່ງປີ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບໜຶ່ງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ MPP ຂອງທ່ານແມ່ນສືບຕໍ່ກ່ອນວັນທີຕໍ່ອາຍ.
- **ຖ້າມີການປ່ຽນແປງ, ລາຍງານໃຫ້ເຂົາເຈົ້າ:** ຖ້າທ່ານລາຍງານການປ່ຽນແປງ, ພວກເຮົາຈະທົບທວນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາຄືນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດຕໍ່ອາຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ MPP ຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດອີກສະບັບໜຶ່ງໃຫ້ທ່ານຮັບຮູ້ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ອນວັນທີຕໍ່ອາຍ.
- **ຫາກທ່ານຖືກຖາມໃຫ້ຈັດກຽມເອກະສານເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ທ່ານລາຍງານການປ່ຽນແປງ** ພວກເຮົາຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດຕໍ່ອາຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ MPP ຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດອີກສະບັບໜຶ່ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ອນວັນທີຕໍ່ອາຍ.

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



**ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຫຍັງແດ່?**

- **ລາຍຮັບ:** ການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍໄດ້ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຜູ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວທີ່ຖືກພິຈາລະນາໃນເວລາທີ່ກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- **ຊັບພະຍາກອນ:** ການປ່ຽນແປງໃດໆໃນຊັບພະຍາກອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ແລະ ຄູ່ສົມລົດ/ຜູ້ຢູ່ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ລວມຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.
- **ທີ່ຢູ່ ແລະ ການຈັດແຈງທີ່ຢູ່ອາໄສ:** ຖ້າຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ແລະ ຜົວ/ເມຍ/ຜູ້ຢູ່ໃນທີ່ເພິ່ງພາອາໄສໄດ້ຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່, ເຂົ້າໄປ ຫຼື ອອກຈາກບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ສະຖານທີ່ພະຍາບານ ຫຼື ເຮືອນເປັນກຸ່ມ ຫຼື ການຈັດການການດຳລົງຊີວິດຮ່ວມກັນ.
- **ສະພາບການຄອບຄົວ ແລະ ຄົວເຮືອນ:** ຖ້າຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ MPP ໄດ້ເສຍຊີວິດ, ໄດ້ຮັບການຢ່າຮ້າງ, ແຕ່ງງານກັບຜູ້ອື່ນ ຫຼື ໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຄິດໄລ່ເປັນຊັບພະຍາກອນ.

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງໄດ້ແນວໃດ?**

ມີຫຼາຍວິທີທີ່ຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງ. ກະລຸນາອ່ານຄຳແນະນຳຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ.

- **ຈົດໝາຍ:** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຕອບທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຄຳວ່າ “Updated Information” (ຂໍ້ມູນອັບເດດ) ຂອງແຈ້ງການນີ້. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ພິມໄວ້ລ່ວງໜ້າ ແລະ ທ່ານກຳລັງສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນ, ໃຫ້ຕື່ມ “ຂໍ້ມູນປະຈຸບັນ” ລົງໃນກ່ອງຂໍ້ມູນ. ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນແບບຟອມ. ທ່ານສາມາດສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ທີ່ຢູ່ດ້ານເທິງຂອງແຈ້ງການນີ້.
- **ໄປສົ່ງຢູ່ທີ່ຫ້ອງການຂອງພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department on Human Services, DHS):** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ຫ້ອງການ DHS, ກະລຸນາປະຕິບັດຕາມຄຳ ແນະ ນຳທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ສຳລັບຈົດໝາຍ. ສຳລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ຫຼື ໂທ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **ອອນລາຍ:** ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ “User Account” (ບັນຊີຜູ້ໃຊ້) ຂອງທ່ານທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov> ແລະ ເຮັດການປ່ຽນແປງ.

**ເບິ່ງບັນຊີຂອງທ່ານອອນລາຍ**

ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຍັງມີຢູ່ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov/>. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນຊີຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຊື່ຜູ້ໃຊ້ **joyce1949**. 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>



ແບບຟອມການຕໍ່ອາຍ MPP

ທິດທາງ: ກະລຸນາອ່ານແບບຟອມນີ້ ແລະ ຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ຖ້າທ່ານກຳລັງລາຍງານການປ່ຽນແປງ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະສົ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍທັງໝົດກັບມາ, ລວມທັງໜ້ານີ້.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ

|   | ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ              | ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ |
|---|-----------------------------|------------------|
| ການຕິດຕໍ່ຫຼັກ ແລະ ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ  | HSGDIHRFP XRBVZZLVS<br>Self |                  |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ                                   | -                           |                  |
|   | ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ              | ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ |
| ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ອາໄສຢູ່ດຽວນີ້ | -                           |                  |
|   | ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ              | ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ |
| ເບີໂທລະສັບ  | 593-461-4349                |                  |
| ອີເມວ   | TUGNVHQB@gmail.com          |                  |
|   | ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ              | ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ                   |                             |                  |

1. ລາຍຮັບ:

ນັບຕັ້ງແຕ່ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນເບື້ອງຕົ້ນໄດ້ນຳໃຊ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຄັ້ງຫຼ້າສຸດ, ມີການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ບໍ່? ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍຮັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຊື່ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄູ່ສົມລົດ/ຜູ້ຢູ່ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບໃດໆທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງພິຈາລະນາໃນການກຳນົດສິດໄດ້ຮັບ.

ຖ້າກ່ອງແມ່ນເປົ່າ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້.

ຖ້າກ່ອງຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ເອົາຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອອກມາ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງໃນແຖວຫວ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເພີ່ມຊື່ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສໃໝ່.

ສົ່ງຫຼັກການຂອງລາຍຮັບໃໝ່ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ຖືກແກ້ໄຂດ້ວຍແບບຟອມນີ້.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍຮັບທີ່ຈະລາຍງານ



| ຊື່                    | SSN         | ວັນເດືອນປີເກີດ | ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ | ລາຍຮັບ/ ປະເພດ   |
|------------------------|-------------|----------------|--------------------------------|---|
| HSGDIHRFP<br>XRBVZZLVS | XXX-XX-2444 | 08/11/1949     | Self                           | \$ 998.00 / RSDI<br>(Retirement,<br>Survivors, and<br>Disability Insurance) |
| HSGDIHRFP<br>XRBVZZLVS | XXX-XX-2444 | 08/11/1949     | Self                           | \$ 257.30/<br>Employment  |
|                        |             |                |                                |   |
|                        |             |                |                                |   |

**2. ຊັບພະຍາກອນ**

ນັບຕັ້ງແຕ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ MPP ໄດ້ນຳໃຊ້ໃນເບື້ອງຕົ້ນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງສຸດຫຼ້າສຸດ, ມີການປ່ຽນແປງໃດໆໃນຊັບພະຍາກອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງລາວເປັນເຈົ້າຂອງ, ລວມທັງການເພີ່ມຂຶ້ນ ຫຼື ຫຼຸດລົງໃດໆບໍ່? ຖ້າຫາກຊັບພະຍາກອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ໄດ້ປ່ຽນລາຍຊື່ໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ຢູ່ໃນຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ. ຖ້າແບບຟອມຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ຂີດຂ້າຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກປັບປຸງຢ່າງຖືກຕ້ອງໃນກ່ອງທາງຂວາ.

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

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນຊັບພະຍາກອນທີ່ຈະລາຍງານ.

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



**2ກ. ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ**

ຖ້າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງປະຕິບັດໃນນາມຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ ຫຼື ໂອນສິ່ງຂອງທີ່ມີຄຸນຄ່າໃດໆເຊັ່ນ: ມໍລະດົກ, ຊັບສິນ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ, ການແຈກຢາຍ IRA, ສັນຍາການຜັງສິບ, ຫຼັກຊັບຮຸ້ນ, ກອງທຶນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ, ແຜນການປະຈຳປີ, ບັນຊີນາຍຫນ້າ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ ຫຼື ຄ່າຄຸ້ມຄອງເຂົ້າໄປໃນຄວາມໄວ້ວາງໃຈພາຍໃນຫຼັກສືບ (60) ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ຕົ້ມໃສ່ກ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ສົ່ງຫຼັກຖານ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີກິດຈະກຳທີ່ໄວ້ວາງໃຈໄດ້ທີ່ຈະລາຍງານ.

| ລາຍລະອຽດຂອງລາຍການ | ວັນທີການດຳເນີນງານ | ມູນຄ່າ/ຈຳນວນສິນຄ້າທີ່ວາງໄວ້ໃນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ |
|-------------------|-------------------|---|
|                   |                   |   |
|                   |                   |   |

**3. ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບ**

ໃຫ້ຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ ແລະ ບັບປຸງແລ້ວກ່ຽວກັບທຸກຮູບແບບຂອງການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແກ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໂດຍການຕົ້ມຂໍ້ມູນ-ໃສ່ບ່ອນຫວ່າງ ຫຼື ແກ້ໄຂຂໍ້ມູນທີ່ເພີ່ມໄວ້ກ່ອນໃນກ່ອງຫວ່າງໃນແຖວຂ້າງລຸ່ມນີ້. ລວມທັງນາຍຈ້າງ, ຜູ້ບໍານານ ແລະ ແຜນສຸຂະພາບເອກະຊົນອື່ນໆ; ແຜນສຸຂະພາບທັນຕະກຳ, ການເບິ່ງເຫັນ ແລະ ແຜນເສີມອື່ນໆ ແລະ Medicare, Tricare ແລະ ແຜນລັດຖະບານທີ່ຄ້າຍຄືກັນ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ຈະລາຍງານ

| ການປະກັນໄພສຸຂະພາບ       | ຊື່ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ        | ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ | ຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນ |
|-------------------------|------------------------|---------------|---------------------|
| MEDICARE CLAIMS DEPT._2 | HSGDIHRFP<br>XRBVZZLVS | -             | \$ 0.00             |
|                         |                        |               |                     |
|                         |                        |               |                     |



|   |  |
|---|--|
| <p><b>ຄຳເຕືອນບົດລົງໂທດ</b></p> <p>“ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຄວາມສັ່ງໂກງ, ຂ້າພະເຈົ້າສາບານວ່າຮູບແບບການຕໍ່ອາຍຸນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟັງແລ້ວ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂໍ້ມູນແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກໃນນາມບຸກຄົນອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າສາບານວ່າໃບສະໝັກນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງລາວ, ຂໍ້ເທັດຈິງແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.”</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເບິ່ງ DHS Publication 1010, ສິ່ງສຳຄັນກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ການບໍລິການ, ທີ່ <a href="http://www.dhs.ri.gov">www.dhs.ri.gov</a>. ການລົງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊ້າງລຸ່ມນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອ່ານສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຕິດພັນກັບ ແບບຟອມນີ້ແລ້ວ. ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການເວົ້າຕົວະ, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍິ່ງຍືນວ່າຄຳຕອບທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງສະຫມັກນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ວອມທັງຂໍ້ມູນສະຖານະກ່ຽວກັບພົນລະເມືອງ ແລະ ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ຕົວຕົນຂອງເດັກນ້ອຍນ້ອຍທີ່ຖືກລະບຸໃນຄຳຮ້ອງສະຫມັກນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າລະເມີດກົດໝາຍ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ ແລະ ສາມາດຖືກລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ, ກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ທັງສອງ.</p> |  |
| <p>ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ<br/>ວັນທີ:</p>  | <p>ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຢູ່ທີ່ພະແນກ<br/>ວັນທີ:</p> |
| <p>ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ພໍ່-ແມ່<br/>ວັນທີ:</p>   |  |
| <p>ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ພິທັກ/ຜູ້ຖືສິດອຳນາດທະນາຍຄວາມ<br/>ວັນທີ:</p>   |  |
| <p>ເບີໂທລະສັບ</p>   | <p>(      )</p>                              |



**ການຍືນຍອມຂອງທ່ານທີ່ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ**

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

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

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

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

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

- ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າການມີສິດໄດ້ຮັບບາງໂຄງການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການຕັດສິນໃຈນີ້



ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ ກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະຫນາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແຕ້ມແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນ ໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທົນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແຕ້ມໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການອື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

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

ອົງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຝຶ້ນຟູຂອງປີ 1973, ສະບັບບັບບຸງ (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 ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແຕ້ມໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການ ເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. ເພື່ອໂທໂດຍໃຊ້ Rhode Island Relay, ໃຫ້ໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທເຟຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ພົວພັນຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການຝຶ້ນຟູ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອ້າງອອກຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປ ສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການ ຂອງອົງການ. ເລຂາທິການຂອງ 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 ក៏អាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

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

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

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

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

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

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

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

Dè dɛ nià ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuɖu kà kò dọ po-poò béin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث ذكر 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, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປົນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຈໍາແນກເຜົ່າພັນ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈໍາແນກເຜົ່າພັນ ສໍາລັບການແກ້ໄຂຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການບໍລິຫານປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສໍາລັບຄົນຫຼືໜ້ອກ/ຜູ້ມີຂໍ້ບົກພ່ອງການໄດ້ຍິນສຽງ 1-800-745-6575; TTY 711).

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

