



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345



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

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

ລັດ ໂຮດໄອແລນ

ການຕໍ່ອາຍໂຄງການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ MEDICARE (MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM, MPPP)

ການດຳເນີນການທີ່ຈຳເປັນ: ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເອກະສານສຳລັບທ່ານ

ທຸກໆປີ, ພວກເຮົາຕ້ອງທົບທວນກຳລະນີຂອງທ່ານເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບໂຄງການການຈ່າຍເງິນ Medicare Premium (MPP) ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ ຫຼື ບໍ່ ອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ. ຫຼັງຈາກນັ້ນພວກເຮົາຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍໃຊ້ເຄື່ອງມືຍືນຍັນທາງເອເລັກໂຕຣນິກ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດລະບຸໄດ້ວ່າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ MPP ໂດຍອີງກວດສອບຍັງຍືນຍາຍອກ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ພວກເຮົາ. ເພື່ອສືບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ MPP ຂອງທ່ານ ແລະ ຈົ່ງບໍ່ສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາກວດເບິ່ງແຈ້ງເຕືອນທັງໝົດນີ້, ອັບເດດຂໍ້ມູນບ່ອນທີ່ມີ, ເຊັນຊີ ແລະ ສົ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍພາຍໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຮັດແບບຟອມການຕໍ່ອາຍທີ່ລົງນາມໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ລະບົບຈະປະເມີນ ແລະ ພິຈາລະນາການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບທາງເລືອກການຄຸ້ມຄອງ MPP ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

ຊື່ໂຄງການ	ຊື່	ວັນທີຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນປະຈຸບັນກຳນົດເວລາໃຫ້ສິ້ນສຸດລົງ
Medicare Premium Payments	MEDICAID RECIPIENT	06/01/2023

ກະລຸນາອີ່ນເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ ແລະ ແບບຟອມຕໍ່ອາຍທີ່ລົງນາມພາຍໃນໃນວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ຕາມລາຍການຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເພື່ອຫຼີກລ່ຽງການສູນເສຍຜົນປະໂຫຍດ MPP ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໃຫ້ເອກະສານທີ່ຮ້ອງຂໍ, ພ້ອມກັບແບບຟອມການຕໍ່ອາຍທີ່ໄດ້ເຊັນ ແລະ ເຮັດສຳເລັດ.

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

ຊື່	ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ:	ຂໍ້ມູນທີ່ກຳນົດໄວ້ໂດຍ:	ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ (ກະລຸນາສົ່ງຄືນໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້):
MEDICAID RECIPIENT	ລາຍຮັບທີ່ລ່ຽມຖ້ຳຮັບ (ລວມທັງການປະກັນໄພ ຄວາມພິການ ຊົ່ວຄາວ ຫຼື ບ້ານານ, ປະກັນໄພພິການຜູ້, ລອດຊີວິດ)	05/01/2023	ໃບກວດສອບຫຼ້າສຸດເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ຈົດໝາຍ ຫຼື ເອກະສານຈາກບຸກຄົນ/ ອົງການທີ່ຈ່າຍເງິນ ບັນທຶກສານ ຫຼື ເອກະສານທາງກົດໝາຍອື່ນໆ ບັນທຶກທະນາຍຄວາມ ຈົດໝາຍຂອງຊົນເຜົ່າ ໃບຊົດແຈງຈາກຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ ໜັງສືຮັບຮອງຂອງທະນາຄານ ຫຼື ໃບລາຍງານການເງິນອື່ນໆ AP-91 ສັນຍາເງິນກູ້ ຄຳສັ່ງຂອງສານສຳລັບການລ້ຽງດູເດັກ ຄຳຊີ້ ແຈງຈາກຂໍ້ຕົກລົງພິເສດໃຫ້ການໃຫ້ການ ສະໜັບສະໜູນເບິ່ງແຍງດູແລ

ແບບຟອມນີ້ຕ້ອງຖືກສົ່ງຄືນພາຍໃນວັນທີ 05/01/2023. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບການລົງນາມທີ່ສ້າງຂຶ້ນພາຍໃນມື້ນັ້ນ, ການມີສິດໄດ້ຮັບ MPP ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກຕໍ່ອາຍຸ ແລະ ທ່ານຈະສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງໃນວັນທີ 05/31/2023.

ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຫຍັງແດ່?

- **ລາຍຮັບ:** ການປ່ຽນແປງໃດໆໃນລາຍໄດ້ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຜູ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວທີ່ຖືກພິຈາລະນາໃນເວລາທີ່ກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- **ຊັບພະຍາກອນ:** ການປ່ຽນແປງໃນຊັບພະຍາກອນໃດໆຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ແລະ ຄູ່ສົມລົດ/ຜູ້ຢູ່ໃນເຮືອນທີ່ລວມຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.
- **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 MPPP ໄດ້ເສຍຊີວິດ, ໄດ້ຮັບການຢ່າຮ້າງ, ແຕ່ງງານກັບຜູ້ອື່ນ ຫຼື ໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຄິດໄລ່ເປັນຊັບພະຍາກອນ.

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງໄດ້ແນວໃດ?

ມີຫຼາຍວິທີທີ່ຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງ. ກະລຸນາອ່ານຄຳແນະນຳຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ.

- **ຈົດໝາຍ:** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຕອບທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຄຳວ່າ “ຂໍ້ມູນອັບເດດ” ຂອງແຈ້ງການນີ້. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບໄວ້ວ່າໜ້າ ແລະ ທ່ານກຳລັງສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນ, ໃຫ້ຕື່ມ “ຂໍ້ມູນປະຈຸບັນ” ລົງໃນກ່ອງຂໍ້ມູນ. ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນແບບຟອມ. ທ່ານສາມາດສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ຢູ່ດ້ານເທິງຂອງແຈ້ງການນີ້.
- **ໄປສົ່ງຢູ່ທີ່ຫ້ອງການຂອງພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department on Human Services, DHS):** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ຫ້ອງການ DHS, ກະລຸນາປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງສຳລັບຈົດໝາຍ. 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.

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



ເລກກຳລະນີ#: 501006277

ເບິ່ງບັນຊີຂອງທ່ານອອນລາຍ

ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຍັງມີຢູ່ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov/>. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງ
ບັນຊີຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຊື່ຜູ້ໃຊ້ຖ້າຫາກວ່າ [REDACTED] ທ່ານບໍ່ຈື່ລະຫັດຜ່ານຂອງທ່ານ, 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: ກະຊວງອຳນາດແບບຟອມນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຂຽນຂໍ້ມູນ ທີ່ປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ເຊັນ ແລະ ສົ່ງຄືນແບບຟອມການຕໍ່ອາຍທັງໝົດກັບມາ, ລວມທັງໜ້ານີ້, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງທີ່ຈະລາຍງານກໍຕາມ.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ

	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ການຕິດຕໍ່ຫຼັກ ແລະ ຄວາມສຳພັນ ກັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ	Self	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ	1, Pawtucket, RI 02860	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ອາໄສຢູ່ດຽວນີ້	et, RI 02860	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ເບີໂທລະສັບ	774	
ອີເມວ	@gmail.com	
	ຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ	ຂໍ້ມູນອັບເດດແລ້ວ
ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ		

1. ລາຍຮັບ:

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

ຖ້າກ່ອນແມ່ນເປົ່າ, ກະຊວງໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້.

ຖ້າກ່ອນຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ເອົາຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອອກມາ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງໃນແຖວຫວ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເພີ່ມຊື່ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສໃໝ່.

ສົ່ງຫຼັກຖານຂອງລາຍຮັບໃໝ່ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ຖືກແກ້ໄຂດ້ວຍແບບຟອມນີ້.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍຮັບທີ່ຈະລາຍງານ



ຊື່	SSN	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ	ລາຍຮັບ/ ປະເພດ
			Self	\$ 977.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. ຊັບພະຍາກອນ

ນັບຕັ້ງແຕ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ MPP ໄດ້ນຳໃຊ້ໃນເບື້ອງຕົ້ນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸຄັ້ງສຸດຫຼ້າສຸດ, ມີການປ່ຽນແປງໃດໆໃນຊັບພະຍາກອນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງລາວເປັນເຈົ້າຂອງ, ລວມທັງການເພີ່ມຂຶ້ນ ຫຼື ຫຼຸດລົງໃດໆບໍ່? ຖ້າຊັບພະຍາກອນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ MPP ໄດ້ປ່ຽນແປງໃຫ້ສະແດງ ລາຍຊື່ເຂົາເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ຢູ່ໃນຂໍ້ມູນບັດຈຸບັນ. ຖ້າແບບພອມຖືກພິມໄວ້ກ່ອນ, ໃຫ້ຂີດຂ້າຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກອັບເດດຢ່າງຖືກຕ້ອງໃນກ່ອງທາງຂວາ.

ໝາຍເຫດ: ຊັບພະຍາກອນລວມທັງເງິນສົດໃນມື, ເງິນຝາກປະຢັດ ແລະ ບັນຊີເງິນເຊັກ, ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ, ຫຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ບັນຊີທີ່ມີສິດທິ, ກອງທຶນລວມ, ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ ແລະ ອື່ນໆ.

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ ໃນຊັບພະຍາກອນທີ່ຈະລາຍງານ.

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



2ກ. ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ.

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

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີກິດຈະກຳທີ່ໄວ້ວາງໃຈໄດ້ທີ່ຈະລາຍງານ.

ລາຍລະອຽດຂອງລາຍການ	ວັນທີການດຳເນີນງານ	ມູນຄ່າ/ຈຳນວນສິນຄ້າທີ່ວາງໄວ້ໃນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ

3. ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບ

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

ກວດເບິ່ງວ່າບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ຈະລາຍງານ

ການປະກັນໄພສຸຂະພາບ	ຊື່ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ	ຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນ



<p>ຄຳເຕືອນບົດລົງໂທດ</p> <p>“ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຄວາມສຳເລັດ, ຂ້າພະເຈົ້າສາບານວ່າຮູບແບບການຕໍ່ອາຍຸນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ຝັງແລ້ວ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂໍ້ມູນແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກໃນນາມບຸກຄົນອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າ ສາບານວ່າໃບສະໝັກນີ້ໄດ້ຖືກກວດສອບໂດຍ ຫຼື ອ່ານໃຫ້ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຕາມຄວາມຮູ້ຂອງລາວ, ຂໍ້ເທັດຈິງແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.”</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເບິ່ງ DHS Publication 1010, ສິ່ງສຳຄັນກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ການບໍລິການ, ທີ່ www.dhs.ri.gov. ການລົງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອ່ານສື່ດີ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຕິດພັນກັບ ແບບຟອມນີ້ແລ້ວ. ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການເວົ້າຕົວະ, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຢັ້ງຢືນວ່າຄຳຕອບທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບຄຳ ຮ້ອງສະຫມັກນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງຂໍ້ມູນສະຖານະກ່ຽວກັບພົນລະເມືອງ ແລະ ສະຖານະ ພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ຕົວຕົນຂອງເດັກນ້ອຍນ້ອຍທີ່ຖືກລະບຸໃນຄຳຮ້ອງສະຫມັກນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າລະເມີດກົດໝາຍ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ ແລະ ສາມາດຖືກລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ, ກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ທັງສອງ.</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ວັນທີ:</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ພໍ່-ແມ່ ວັນທີ:</p>	
<p>ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ພິເກດ/ຜູ້ຮັບມອບອຳນາດ ວັນທີ:</p>	
<p>ເປີໂທລະສັບ</p>	<p>ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຢູ່ທີ່ພະແນກ ວັນທີ:</p>
	<p>()</p>



ການຍືນຍອມຂອງທ່ານທີ່ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ

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

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

ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ການເລືອກຊື່ ແລະ ຊື່ປະກັນໄພສຸຂະພາບໃດໆບໍ່ຕ້ອງເຮັດສຳເລັດການຍືນຍອມນີ້ໂດຍການຕິດຕໍ່ສູນຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ 1-855-840-HSRI (4774), ແຕ່ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃດໆ ສຳລັບການຊື້ການປົກປ້ອງ, ບໍ່ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼື ບໍ່ກໍຕາມ, ມັນຈະຈຳເປັນສຳລັບທ່ານທີ່ຈະເຮັດສຳເລັດການຍືນຍອມນີ້.

ການແບ່ງປັນ ແລະ ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງ “ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ” ຈະຖືກປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທັງໝົດທີ່ປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດເຖິງ: ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍບັນຊີ ແລະ ການປະກັນໄພສຸຂະພາບປີ 1996 (Pub. L. 104-191 ທີ່ຮູ້ຈັກກັນໃນນາມ HIPAA; The RI. ການຮັກສາຄວາມລັບຂອງ R.I. ຂອງການສື່ສານ ແລະ ຂໍ້ມູນການດູແລສຸຂະພາບ (R.I.G.L. 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆທັງໝົດ. ຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງປັນໂດຍການໂອນຂໍ້ມູນຄອມພິວເຕີ.

ໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງທຳອິດຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ສຳລັບການເອົາ ແລະ ນຳໃຊ້ຂໍ້ ມູນລັບກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອກຳນົດສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກລັດ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນຈາກລັດອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຜ່ານເວັບໄຊນີ້, ເພື່ອວາງແຜນ, ສະໜອງ ແລະ ປະສານສົມທົບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການຈ່າຍເງິນ.

- ຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຳລັບການຕັດສິນໃຈການມີສິດໄດ້ຮັບ
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າການມີສິດໄດ້ຮັບບາງໂຄງການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການຕັດສິນໃຈນີ້

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປັບປຸງທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ ກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ງ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແຕກແຮ່ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນ ໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທົນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໂຄງການ). ການແຕກໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ຊຸບັດຕິເຫດ.

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. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບ ການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA, AD-3027, ສາມາດພົບໄດ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> ແລະ ທີ່ຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍໃນແບບຟອມ. ເພື່ອຂໍສຳເນົາແບບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ໂທ (866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມ ຫຼື ຈົດໝາຍທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ USDA ໂດຍ: (1) ທາງໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ແຜ່ກ: (202) 690-7442; ຫຼື (3) ອີເມວ: program.intake@usda.gov. USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ, ນາຍຈ້າງ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ.

ອີງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການພົ້ນຜູ້ຂອງປີ 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), 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, ສີເຜິ້ງ, 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 ສຳລັບການແຕກໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການ 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, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການພົ້ນຜູ້ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອ້າງວ່າການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທ່ວໄປ ສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໂຄງການຂອງ ອົງການ. ເລຂາທິການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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 kɛ dyédɛ́ gbo: ɔ jũ ké n̄ [Bàsɔ̀wò-wùdù-n̄-po-nyò] jũ ní, níí, à wudù kà kò d̀ò po-poò béin n̄ 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).

ແຈ້ງການ-ການບໍລິຫານປະຕິບັດ

ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິຫານມະນຸດ (EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິຫານມະນຸດ (DHS) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ ພື້ນຖານດ້ານເລືອ້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ອວາມພິການ, ອວາມເລື້ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິຫານ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປື້ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງ ກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ອວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງ ອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການບໍລິຫານປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສຳລັບຄົນຫຼືໜ້ອກ/ຜູ້ມີຂໍ້ບົກຜ່ອງການໄດ້ຍິນສຽງ 1-800-745-6575; TTY 711).

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

