



MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR
82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860



ວິທີເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ

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

ຫາກມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ລາຄາຖືກ, ໂທຫາ
HealthSource RI ທີ່ເບີ 1-855-840-4774

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ລາຄາຖືກ
ຫຼື ໂຄງການບໍລິການມະນຸດ, ໂທຫາພະແນກບໍລິການມະນຸດທີ່
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

ແຈ້ງການຕັດສິນໃຈດ້ານເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

ແຈ້ງການນີ້ບອກທ່ານກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງໂຄງການສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງທ່ານ. ຫນ້າບໍ່ອາດທ່ານວ່າການຕັດສິນໃຈຂອງ
ພວກເຮົາກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະພົບເຫັນລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມໃນຫນ້າຕໍ່ໄປ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ.

ບົດສະຫຼຸບຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

ໂຄງການ

ການຕັດສິນໃຈ

ການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບ

ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານກໍາລັງຈະຖືກຕໍ່ອາຍ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈນີ້, ທ່ານສາມາດຂໍແຕ່ສວນເພື່ອອຸທອນ. ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການອຸທອນໃນຕອນທ້າຍຂອງ
ແຈ້ງການນີ້.

ເບິ່ງບັນຊີຂອງທ່ານອອນລາຍ ຫຼື ໃນແອັບມືຖື

ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອັງກິດໄດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ <https://healthvrhode.ri.aov/> ຫຼື ໂດຍການດາວໂຫຼດແອັບມືຖື
HealthyRhode ໃນໂທລະສັບສະມາທິໂຟນຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນຊີຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຊື່ຜູ້ໃຊ້ MM . ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຈື່ລະຫັດຜ່ານຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດດຶງຂໍ້ມູນໂດຍການຄລິກ LOG
IN (ເຂົ້າສູ່ລະບົບ) ຈາກນັ້ນ, ຄລິກໃສ່ Forgot Username/Password (ລືມຊື່ຜູ້ໃຊ້/ລະຫັດຜ່ານ)? ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov/>.
ຜ່ານບັນຊີຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດສະໝັກ ແລະ ຕໍ່ອາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍງານການປ່ຽນແປງ.



ບັນຊີ #:

ລາຍລະອຽດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

ອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີໃນເອກະສານ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຈາກທ່ານ ຫຼື ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກພາຍນອກ, ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນວັນທີ 05/13/2023, ມີການປ່ຽນແປງໃນການມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເບິ່ງລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ບຸກຄົນ:	Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	ວັນເດືອນປີເກີດ: 12/1978
------------	----------------------------------	-------------------------

ໄລຍະເວລາທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ / ວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້	ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງ	ການຕັດສິນໃຈ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ
--	-------------------------------------	---------------------------------

06/01/2023 to 05/31/2024	MAGI Medicaid	Approved
--------------------------	---------------	----------

ຂີດຈຳກັດລາຍໄດ້ປະຈຳປີສຳລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:

ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ບໍ່ມີລູກ:	\$20,120.40
ພໍ່-ແມ່:	\$20,557.80
ເດັກ:	\$38,782.80
ແມ່ຍິງຖືພາ:	\$37,616.40

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລະຫັດ Medicaid ຂອງທ່ານ:

ລະຫັດ Medicaid ຂອງທ່ານແມ່ນໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະເພາະທີ່ກຳນົດໃຫ້ທ່ານ, ເຊິ່ງທ່ານສາມາດເບິ່ງໄດ້ໃນບັດ Medicaid Anchor ສີຂາວຂອງທ່ານ ແລະ ຜ່ານບັນຊີອອນລາຍຂອງທ່ານ. ບັດ Medicaid Anchor ສີຂາວຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ຜູ້ມີສິດແຕ່ລະຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ. ສະແດງບັດ Medicaid Anchor ສີຂາວຂອງເຈົ້າ ແລະ ບັດປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ທ່ານມີໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທັງໝົດເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການ. ບັດ Medicaid Anchor ສີຂາວເປັນວິທີການຖາວອນໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບສຳລັບໂຄງການ Medicaid. ເກັບຮັກສາບັດນີ້ໄວ້ໃນບ່ອນທີ່ປອດໄພ.

ລາຍລະອຽດການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicaid ສຳລັບ:
Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR

Medicaid: ການຕໍ່ອາຍຸປະຈຳປີ

ກະລຸນາເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສຳລັບວັນທີ່ຕໍ່ອາຍຸສຳລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ:

ຊື່ບຸກຄົນ	ວັນທີການຕໍ່ອາຍຸ
Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	05/31/2024

ການມີສິດໄດ້ຮັບແມ່ນໄດ້ຕໍ່ອາຍຸໃນແຕ່ລະປີ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ທ່ານກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍ 60 ວັນ ກ່ອນວັນທີ່ຕໍ່ອາຍຸປະຈຳປີ.

ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicaid ສຳລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງໄດ້ໄດ້ຮັບການຕໍ່ອາຍຸແລ້ວ.

ພົບວ່າສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 06/01/2023.



ບັນຊີ #:

ການລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicaid:

1. ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນ

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicaid, ທ່ານມີເວລາ 19 ມື້ນັບຈາກວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນການມີສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະເຮັດແນວນັ້ນ.

2. ຂ້ອຍຈະເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໄດ້ເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicaid, ກະລຸນາເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ HealthSource RI ແລະ ເຂົ້າໄປທີ່ Dashboard ຂອງທ່ານເພື່ອຂຶ້ນຕອນຕໍ່ໄປ ຫຼື ໂທຫາ 1-855-840-4774 ເພື່ອເລືອກ.

ເມື່ອເລືອກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນບອກລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ, ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາຍອມຮັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ທ່ານກຳລັງເລືອກ.

3. ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເລືອກແຜນບໍ່?

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ທີ່ປຶກສາທາງເລືອກທີ່ເບີ 1-855-840-4774. ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກແຜນພາຍໃນ 19 ມື້, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເລືອກໄດ້ ແລະ ແຜນຈະຖືກເລືອກໃຫ້ກັບທ່ານ.

4. ບອກພວກເຮົາຮູ້ວ່າໃຜແມ່ນແພດເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກຂອງທ່ານ

ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບແລ້ວ, ທ່ານຈະຖືກຖາມໃຫ້ເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກລາຍການໃດລາຍການໜຶ່ງໃນເວລານີ້, ລາຍການໜຶ່ງຈະຖືກເລືອກໃຫ້ກັບທ່ານ.

5. ຫຼັງຈາກທີ່ເຈົ້າເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບແລ້ວ

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຜ່ນເກັດຕ້ອນຮັບ ແລະ ບັດປະຈຳຕົວຈາກແຜນໃໝ່ຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການ-ການບໍລິການກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບັດປະຈຳຕົວຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ບັດ Medicaid Anchor Card ຂອງທ່ານໄດ້. ຄວນໃຊ້ບັດ Medicaid Anchor ຈົນກ່ວາການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ.

6. ວິທີການທີ່ມີໃຫ້ເພື່ອເລືອກແຜນ:

ທ່ານສາມາດເລືອກ ແລະ ລົງທະບຽນໃນແຜນ:
ທາງອອນລາຍ. ໄປເບິ່ງທີ່ <https://healthvrhode.ri.gov>
ໂດຍທາງໂທລະສັບ. ໂທຫາ 1-855-840-4774

ຂີດຈຳກັດລາຍໄດ້ປະຈຳປີສຳລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:

ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ບໍ່ມີລູກ:	\$20,120.40
ພໍ່-ແມ່:	\$20,557.80
ເດັກ:	\$38,782.80
ແມ່ຍິງຖືພາ:	\$37,616.40

ບັນຊີ #:

ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

ນີ້ແມ່ນເສັ້ນກຳນົດເວລາສຳລັບການຍື່ນອຸທອນ, ດັ່ງນັ້ນ ທ່ານຄວນດຳເນີນການຢ່າງໄວ. ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາໄດ້ເຮັດຜິດພາດກ່ຽວກັບຂະໜາດໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ລາຍຮັບ, ປະເພດການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ, ຖ້າມີ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸທອນການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໄດ້ຕໍ່ອີກ. ການອຸທອນເປັນພຽງວິທີການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນໃຫມ່ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈໃດໆ ທີ່ພວກເຮົາເຮັດ ເຊິ່ງຜົນຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ/ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຜ່ານການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳດ້ານບໍລິຫານ. ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນ ແລະ ການໄຕ່ສວນໃນພາຍຫຼັງໃນຈົດໝາຍແຈ້ງການສະບັບນີ້.



ບັນຊີ #:

ການປ່ຽນແປງຂໍ້ກຳນົດການລາຍງານ

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ການລົງທະບຽນຂອງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ການປ່ຽນແປງ:

- ທີ່ຢູ່ອາໄສ;
- ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ;
- ລາຍຮັບ;
- ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ;
- ຄົນທີ່ຍ້າຍເຂົ້າໄປໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນໜ່ວຍງານເກັບພາສີຂອງທ່ານ;
- ສະຖານະພາບການຖືພາຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ;
- ການຖືກຄຸມຂັງ ຫຼື ສະຖານະພາບທາງສະຖາບັນ;
- ການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆ ລວມເຖິງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ຫຼື ການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພຜ່ານວຽກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜ່ານວຽກຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ;
- ສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດ;
- ການເກີດ, ການຮັບຮອງເອົາ, ການຈັດວາງ ສຳລັບການຮັບຮອງເອົາ, ການແຕ່ງງານ, ການຢ່າຮ້າງ ຫຼື ການເສຍຊີວິດ;
- ສະຖານະພາບການຍື່ນເອກະສານອາກອນລາຍຮັບຂອງລັດຖະບານກາງ; ຫຼື
- ຈຳນວນຜູ້ຢູ່ໃນພາລະພາສີທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີພາສີລາຍຮັບຂອງລັດຖະບານກາງ.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປຸງປັບທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), 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 ສຳລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທຶນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແກ້ໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເບີສາທາລະນະຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ 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. USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ, ນາຍຈ້າງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ.

ອີງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຝື້ນຝຸຂອງປີ 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 ໂພດສະໜາຂອງປີ 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 ໂພດສະໜາຂອງສະຫະລັດ (7 C.F.R. 272. 6); ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປັບປຸງ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບັບປຸງຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, 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, ໂທໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທເຟຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ເລືອກຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການຝື້ນຝຸ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວ ແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອຳນວຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ເວຂົນສານຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.

ບັນຊີ #:

ສິດທິຂອງທ່ານ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິດຂອງທ່ານ:

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍ ແລະ ຖ້າພົບວ່າມີເງື່ອນໄຂ, ເພື່ອຮັບຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ໂພຊະນາການເສີມ (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ໂດຍອີງໃສ່ນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະຖານທີ່ໄດ້ ສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ທ່ານອາດຈະມີສິດທີ່ຈະອຸທອນ ແລະ ມີການໄຕ່ສວນຄວາມຢ່າງຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງ ພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະ:

1. ໂທຫາພວກເຮົາເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເລື່ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ຢູ່ເທິງ ໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານມີແຈ້ງການນີ້ ແລະ ລະຫັດກໍລະນີ/ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຢູ່ໃນ-ມື້ເມື່ອທ່ານໂທ.
2. ອຸທອນສຳລັບການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານ. ການອຸທອນແມ່ນການຮ້ອງຂໍຢ່າງເປັນທາງການທີ່ຮຽກຮ້ອງ ໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນຂອງການຕັດສິນໃຈໃນກອງປະຊຸມບໍລິຫານ. ກະລຸນາສືບຕໍ່ອ່ານ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນຫຍັງ?

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນໂອກາດສຳລັບທ່ານທີ່ຈະບອກເຈົ້າໜ້າທີ່ການໄຕ່ສວນການບໍລິຫານວ່າເປັນຫຍັງທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນ ໃຈຂອງອົງການກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ/ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ. ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງອົງການຍັງມີຢູ່ໃນ ກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນ ເພື່ອອະທິບາຍພື້ນຖານຂອງການຕັດສິນໃຈຂອງອົງການ. ຕາມກົດໝາຍ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ບໍລິຫານຈະຕ້ອງກວດກາຄືນ ຄວາມເປັນຈິງຂອງຄະດີທີ່ນຳສະເໜີໂດຍທາງສອງຝ່າຍຢ່າງຍຸຕິທຳ ແລະ ເປັນກາງ.

ເວລາກຳນົດສຳລັບການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳ

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຂໍຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິຫານຂອງ ທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກ່ວາເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ ຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ນີ້, ທ່ານອາດຈະສູນເສຍສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກຳນົດເວລາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ແລະ ອອກຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນ, ຫຼື 60 ວັນ ຖ້າການໄຕ່ສວນກ່ຽວຂ້ອງກັບ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈຈະອອກໃນການອຸທອນຂອງ HealthSource RI ທັງໝົດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບ ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນ, ຕາມທີ່ເປັນໄປໄດ້ທາງຝ່າຍການບໍລິຫານ.

ໂຄງການ	ທ່ານຕ້ອງຍື່ນອຸທອນໃນ:	ຖ້າການອຸທອນຖືກເຮັດພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຈາກວັນແຈ້ງການ (“Aid Pending”) ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ບໍ່?
Medicaid	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການບວກ ຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
SNAP	90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
CCAP	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກ່ວາຈະມີການພິຈາລະນາໄຕ່ສວນ.
GPA	10 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ແຕ່ການຮ້ອງຂໍຕ້ອງໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ການປະກັນສຸຂະພາ ບທາງການຄ້າ	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການບວກ ຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ.	ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ



ບັນຊີ #:

ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກອບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແລະ ການສໍາຖາການອຸທອນຕາມມາດຕະຖານອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸ, ຮັກສາ ຫຼື ກັບມາເປັນຜູ້ເຮັດໜ້າທີ່ສູງສຸດໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງຕັດສິນ ການອຸທອນເລັ່ງດ່ວນໄວເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້, ຕາມສະຖານະການ. ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ, ພວກເຮົາຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຮູ້ຢ່າງວ່ອງໄວ ແລະ ພວກເຮົາຕ້ອງຈັດແຈງການອຸທອນຂອງທ່ານຜ່ານຂັ້ນຕອນມາດຕະຖານຂອງພວກເຮົາ.

ສິດທີ່ຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການໄຕ່ສວນ

ທ່ານອາດຈະມີສິດທີ່ຈະບໍ່ປ່ຽນແປງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຮັບຜັງການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ (ນີ້ເອີ້ນວ່າ "Aid-Pending"). ຍົກເວັ້ນການປະກັນສຸຂະພາບການຄ້າຜ່ານ HealthSource RI, ຖ້າທ່ານຂໍອຸທອນພາຍໃນ 10 ວັນ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ Aid-Pending ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານສາມາດສະແດງໄດ້ທາງອື່ນໄດ້, ສໍາລັບ Medicaid ແລະ HealthSource RI, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການ 5 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການ.

ຖ້າທ່ານມີ Medicaid ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານສູນເສຍການອຸທອນຂອງທ່ານ, ລັດອາດຈະໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຄຸ້ມຄອງຕົນເອງ ສໍາລັບໃນໄລຍະ Aid-Pending. ສໍາລັບ HealthSource RI, Aid-Pending ແມ່ນມີໃຫ້ສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກໍາລັງອຸທອນການກໍານົດສິດຄືນໃໝ່ທີ່ເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 30 ວັນ ຈາກວັນທີ່ທ່ານຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ແລະ ການຮ້ອງຂໍແມ່ນເຮັດໂດຍທາງໂທລະສັບກັບ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774). ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເຄຣດິດພາສີເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ບໍ່ຊະນະອຸທອນຂອງທ່ານ, ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານອາດຈະມີໜີ້ເພີ່ມເຕີມໃນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານໃນປີໜ້າ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນ, ທ່ານຍັງຕ້ອງຈ່າຍໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາ Aid-Pending.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ SNAP, RIW ຫຼື GPA ແລະ Aid-Pending ແລະ ທ່ານບໍ່ຊະນະການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບມາສິດໃນໄລຍະນີ້.

ສິດໃນການເປັນຕົວແທນຕົນເອງ ແລະ ສິດໃນການເປັນຕົວແທນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນຕົວແທນຕົນເອງໃນການໄຕ່ສວນຄະດີ ຫຼື ຈະຖືກຕາງໜ້າໂດຍຜູ້ທີ່ທ່ານເລືອກ, ລວມທັງທະນາຍຄວາມ, ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຍາດເພີ່ນ້ອງ.

ຄໍາແນະນໍາທາງດ້ານກົດໝາຍ ແມ່ນສາມາດໃຊ້ໄດ້ຈາກ Rhode Island Legal Services, Inc. ທີ່ 274-2652 ຫຼື 1-800-662-5034. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະມີຕົວແທນທາງກົດໝາຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕ້ອງຍື່ນເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງການປະກົດຕົວກັບຫ້ອງການການໄຕ່ສວນໃນເວລາໄຕ່ສວນ ຫຼື ກ່ອນໜ້ານັ້ນ. ການເຂົ້າເຖິງການປະກົດຕົວປະຕິບັດເປັນການປ່ອຍຂໍ້ມູນລັບ, ເລັ່ງຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທາງກົດໝາຍສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນທຶກໃນກໍລະນີຂອງອົງການ. ມັນຍັງຈໍາເປັນສໍາລັບຫ້ອງການຮັບຜັງທີ່ຈະຍື່ນຍື່ນການເປັນຕົວແທນສໍາລັບຈຸດປະສົງການຕິດຕາມ, ການທົບທວນຄືນ, ການຮ້ອງຂໍຄວາມສືບຕໍ່ ແລະ ອື່ນໆ.

ຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນອື່ນໆອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ

ການຕັດສິນໃຈອຸທອນຂອງພວກເຮົາອາດຈະເຮັດໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງໃນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນອື່ນ.

ເຂົ້າເຖິງບັນທຶກກໍລະນີຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດເບິ່ງບັນທຶກຄະດີຂອງທ່ານ, ລວມທັງຫຼັກຖານໃດໆທີ່ລັດຈະໃຊ້ໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ. ເພື່ອເບິ່ງບັນທຶກກໍລະນີຂອງທ່ານ, ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). ຖ້າທ່ານກໍາລັງຂໍອຸທອນຕໍ່ການກະທໍາທີ່ໄດ້ປະຕິບັດໂດຍ HealthSource RI, ທ່ານສາມາດຂໍສໍາເນົາບັນທຶກຂອງທ່ານໂດຍການໂທຫາ: 1-855-840-HSRI (4774).

ການແກ້ໄຂແບບບໍ່ເປັນທາງການ

ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງໄວວາໄດ້ໂດຍບໍ່ມີການໄຕ່ສວນ. ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກໍາລັງອຸທອນ ການດໍາເນີນການໂດຍ HealthSource RI, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774) ເພື່ອຂໍການທົບທວນຄືນການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານໃນຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຈະແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ສິດໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກກະທົບຈາກຄວາມພະຍາຍາມໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ.



ບັນຊີ #:

ທ່ານມີສິດໃນການຮັກສາຄວາມລັບ. ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ, ທຸກອົງການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການແມ່ນຖືກຜູກມັດໂດຍກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ເພື່ອນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ ສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການບໍລິຫານໂຄງການ ແລະ ຕາມມາດຕະຖານຂອງກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍການປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ (HIPAA) ສຳລັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນບຸກຄົນໄດ້. ຂໍ້ຈຳກັດຂອງ HIPAA ບ້ອງກັນພວກເຮົາຈາກການສົນທະນາຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີໜັງສືມອບອຳນາດ ຫຼື ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມການເຫັນດີອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ອັນນີ້ປະກອບມີການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ, ພະຍາດ HIV, ໂລກເອດສ, ຜົນກວດພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ ຫຼື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເພິ່ງພາກັນສານເສບຕິດ.

EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນກົດໝາຍທີ່ວ່າໄປຂອງລັດໂຮດໂອແລນ 40-6-12, 40-6-12.1 ແລະ 42-7. 2-5(13), ລະບຽບການທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ DHS ແລະ ລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ Medicaid. ບຸກຄົນໃດທີ່ຖືກພົບເຫັນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການລະເມີດຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍທີ່ວ່າໄປຂອງລັດ ໂຮດໂອແລນ 40-6-12 ຈະຖືວ່າມີຄວາມຜິດ. ຜູ້ລະເມີດແມ່ນຂຶ້ນກັບການບັບໃຫມສູງສຸດຂອງສອງຮ້ອຍໂດລາ (\$ 200), ຫຼື ການຈຳຄຸກເຖິງຫົກ (6) ເດືອນ ຫຼື ທັງສອງຢ່າງ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະສະໝັກໃຊ້ບໍລິການສະໜັບສະໜູນຜ່ານຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ. ເພື່ອຮັບໃບສະໜັກບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ເຂົ້າໄປທີ່ <http://www.cse.ri.gov/> ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານທີ່ 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແມ່ນບຸກຄົນທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໂດຍຫົວໜ້າຄົວເຮືອນ ຫຼື ຄູ່ລືມລົດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ຮັບຜິດຊອບອື່ນໆ, ເພື່ອດຳເນີນການໃນນາມຄົວເຮືອນໃນການສະໝັກເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງໂຄງການ ຫຼື ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະເປັນ ຫຼື ບໍ່ເປັນບຸກຄົນດຽວກັນທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຂັ້ນຕອນການສະໝັກ ຫຼື ສຳລັບການຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການໃນການລາຍງານ. ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງໄດ້ເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍເອົາການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີລາຄາບໍ່ແພງຂອງ Medicaid, EOHHS ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ພະແນກຕ້ອງ:

- ໃຫ້ທ່ານມີເວລາສາມສິບ (30) ວັນ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການ ເພື່ອທົບທວນຄືນຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນໃຫ້ພວກເຮົາ ຫຼື ຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດ, ປິດ ຫຼື ປ່ຽນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ຢ່າງໜ້ອຍ ສິບ (10) ວັນ ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຢຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- ໃຫ້ການຕັດສິນໃຈເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ທ່ານ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ. ການຄຸ້ມຄອງການຮັກສາສຸຂະພາບ ແລະ ບາງກໍລະນີທີ່ມີຄວາມຜິດການອາດຈະໃຊ້ເວລາສີ່ສິບຫ້າ (45) ຫາ ເກົ້າສິບ (90) ວັນ.
- ສືບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ຂອງໂຮດໂອແລນ ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການອື່ນ ຫຼື ບໍ່.

ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການຈັດການທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານໃນຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການສະໜອງຕົວເລກປະກັນສັງຄົມ (ຫຼື ຫຼັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກ) ສຳລັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງຄຸນສົມບັດ. ການເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສະໝັກ, ພ້ອມທັງເລກປະກັນສັງຄົມຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທັງໝົດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການປີ 2008 (ກ່ອນໜ້ານີ້ແມ່ນກົດໝາຍປະທັບຕາອາຫານ), ດັ່ງທີ່ໄດ້ບັນຍາຍ, 7 USC 2011-2036 ແລະ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ

ບັນຊີ #:

(45 CFR 155. 305 ແລະ 42 CFR 435. 910). ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກພິຈາລະນາວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດ ຫຼື ສືບຕໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມ SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP ແລະ/ຫຼື ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ພະແນກ ຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍຜ່ານການຈັບຄູ່ກັບຄອມພິວເຕີກັບພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ, ອົງການປະກັນສັງຄົມ, ບໍລິການ ລາຍຮັບພາຍໃນ, ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການ ແລະ ອົງການລັດຖະບານ ແລະ ເອກະຊົນອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍ, ລະບຽບຂໍ້ບັງຄັບ ຫຼື ສັນຍາ ແລະ ພວກເຂົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ. ຂໍ້ມູນລາຍ ຮັບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກອົງການເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຮັບເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP, GPA, ການດູແລເດັກ, RIW, Medicaid ແລະ ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການ ເງິນໃນຈຳນວນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຂໍ້ມູນນີ້ ຂໍ້ມູນນີ້ຍັງຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຕິດຕາມການປະຕິບັດຕາມລະບຽບການຂອງໂຄງການ, ສຳລັບການຄຸ້ມ ຄອງໂຄງການ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການສໍ້ໂກງ ແລະ ກວດສອບການຮ້ອງຂໍການຮັກສາສຸຂະພາບ.

ຂໍ້ມູນນີ້ສາມາດເປີດເຜີຍໃຫ້ອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆ ສຳລັບການກວດສອບຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ກົດໝາຍເພື່ອຈັບກຸມຜູ້ຫຼົບຫນີທີ່ຫຼີກລ່ຽງກົດໝາຍ. ຖ້າມີການຮຽກຮ້ອງເກີດຂຶ້ນຕໍ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ສະໜອງໃຫ້ ໃນໃບສະໜັກຂອງທ່ານ, ລວມທັງ SSNs ທັງຫມົດ, ອາດຈະຖືກສົ່ງໄປຫາອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດເຊັ່ນດຽວກັນກັບອົງການ ເກັບກຳຄຳຮ້ອງຂໍເອກະຊົນ ສຳລັບການດຳເນີນການເກັບກຳຄຳຮ້ອງຂໍ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ເຖິງ ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ສາມາດສະໜອງ SSN ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ສະໜັກຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຖືກປະຕິເສດ. SSN ໃດໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນແບບດຽວກັນກັບ SSN ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທິ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ດຳເນີນການກວດກາການຄວບຄຸມ ຄຸນນະພາບ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບວຽກງານໃນໂຮດໄອແລນ, ການ ຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດູແລເດັກ ຫຼື Medicaid. ທ່ານຕ້ອງຊ່ວຍສ້າງ, ບັບປຸງ ຫຼື ບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກສຳລັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນການດູ ແລຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງຄວາມເປັນພໍ່-ແມ່ (ຖ້າຈຳເປັນ). ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະເຊື່ອວ່າການຮ່ວມມື ກັບຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກເຮັດໃຫ້ທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ, ຫຼື ລູກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ຄວາມເສຍຫາຍຈາກພໍ່- ແມ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ທ່ານອາດຈະຂໍເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະບໍ່ຮ່ວມມື.

ໂຄງການ ການເຮັດວຽກຂອງໂຮດໄອແລນ, Medicaid, ການຊ່ວຍເຫຼືອການດູແລເດັກ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະທົ່ວໄປ ພັນທະ ແລະ ໜ້າທີ່

ອີງຕາມກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງ ໂຮດໄອແລນ, ພາກ 40-6-9, 40-6-10 ຫຼື 40-8-15, ໂດຍບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງລົງນາມໃນເອກະສານໃດໆ:

ກ. ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກ ແລະ ການຈັດຕັ້ງການເປັນພໍ່
ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທິທຽມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສຳລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ສຳລັບ ແລະ ໃນນາມ ຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ບໍ່ວ່າຈະ ປະຕິບັດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ເປັນຕົວແທນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), ຕໍ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລົ້ມເຫລວໃນການໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ການບຳລຸງ ຮັກສາ ແລະ ການດູແລທາງການແພດສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ລູກນ້ອຍ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈ່າຍໂດຍໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງອົງການ. ໃນຄວາມສາມາດນີ້, DHS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສ້າງຕັ້ງຄຸດດຳເນີນຄະດີເພື່ອສ້າງຕັ້ງຄວາມເປັນພໍ່ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອເກັບກຳ ການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຕົວເອງ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກທີ່ໄດ້ຮັບຫຼືໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ DHS ແລະ/ຫຼື EOHHS. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຢຸດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບອກຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆ ທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການສະໜັບສະໜູນເດັກ/ທາງການແພດເຊັ່ນ: ຖ້າລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ມີການ ປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ບັນຊີ #:

ຂ. ກ່ຽວກັບເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກພາກຄົນທີ່ສາມ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທັງໝົດໃຫ້ກັບ DHS ຫຼື EOHHS, ສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທາງກົດໝາຍເພື່ອເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກບຸກຄົນທີ່ສາມເທົ່າກັບຈໍານວນ ເງິນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ສະໜອງໃຫ້ເປັນຜົນມາຈາກອຸບັດຕິເຫດ, ການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍ.

ຄ. ກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກຄ່າຊົດເຊີຍຂອງຄົນເຮັດວຽກ

ພະແນກບໍລິການດ້ານມະນຸດ ແລະ/ຫຼື ຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການດ້ານມະນຸດ ອາດຈະວາງຄວາມ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຄໍາຕັດສິນ, ຄໍາສັ່ງ ຫຼື ການຕົກລົງທີ່ຍັງຄ້າງຄ້າງ, ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍວ່າ ດ້ວຍການຊົດເຊີຍຄົນເຮັດວຽກຂອງລັດໂຮດໄອແລນ, ບົດທີ 28-29 ຫາ 28-38 ຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດໂຮດໄອແລນ. ຈຸດປະສົງ ຂອງການສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນລູກໜີ້ແມ່ນເພື່ອຮັບປະກັນການຊົດເຊີຍໃຫ້ແກ່ລັດ ສໍາລັບການຈ່າຍເງິນທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ໄດ້ເຮັດກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໃນນາມຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບໄລຍະເວລາທີ່ຄ່າຊົດເຊີຍ, ຄໍາສັ່ງ ຫຼື ການຈັດສັນຂອງແຮງງານຖືກມອບໃຫ້.

ງ. ກ່ຽວກັບສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເສຍຊີວິດສໍາລັບການຊົດເຊີຍຂອງ Medicaid

ອີງຕາມ R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS ສາມາດວາງສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບ Medicaid ທີ່ມີອາຍຸຫ້າສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ເສຍຊີວິດ. ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງສ່ວນນີ້, ຄໍາວ່າ "ຊັບສິນ" ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບຸກຄົນທີ່ເສຍຊີວິດຈະລວມທັງຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງ ແລະ ສ່ວນຕົວ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆທັງໝົດ ທີ່ລວມ ຫຼື ລວມຢູ່ໃນຊັບສິນທີ່ພິສູດວ່າເຈດຕະນາຖືກຕ້ອງຂອງບຸກຄົນນັ້ນ. ຈໍານວນເງິນທັງໝົດ ຂອງ Medicaid ທີ່ຈ່າຍໃນນາມຜູ້ຮັບ Medicaid ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຫ້າສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນຫນີ້ສິນຕໍ່ລັດ ແລະ ປະກອບເປັນຫນີ້ສິນຕໍ່ຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງ EOHHS. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນແມ່ນມີຜົນ ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບທີ່ລອດຊີວິດຈາກຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າ ກວ່າ ຊາວເຮັດປີ (21) ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ ຕາບອດ ຫຼື ພິການຢ່າງຖາວອນ ແລະ ພິການທັງໝົດຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ XVI (SSI) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ. ທີ່ດິນຂອງຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊັບສິນທີ່ຂຶ້ນກັບຊາວອາເມຣິກັນອິນເດຍ ແລະ ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກາເນຍ ອາດຈະຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການພື້ນຜູ້.

ເຂົ້າໃຈໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະເປັນການອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລວມຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ຕາບໃດທີ່ກໍລະນີດັ່ງກ່າວຍັງເປີດຢູ່.

ເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ ຫ້ອງການ DHS ອາດຈະຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການອື່ນໆ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຫຼັກຖານທີ່ຈໍາເປັນຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ລະດັບຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ EOHHS ແລະ DHS ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງບັນຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃນໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໃນບັນຊີສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບການບໍລິຫານໂຄງການໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜັກ ແລະ/ຫຼື ອາດຈະໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ ຂ້າພະເຈົ້າຕາມກົດໝາຍ, ສັນຍາ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. EOHHS ແລະ DHS ສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນ ສໍາລັບຈຸດປະສົງໃນການຄົ້ນຄວ້າ. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວຕົນໃດໆຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

Medicaid: ສັນສຸດລົງໃດຍທ່ານ

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງ Medicaid:

ຊື່
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

ທ່ານສາມາດຢຸດຕິການປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicaid ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ພວກເຮົາສະເຫນີຫຼາຍວິທີໃນການປະມວນຜົນຄໍາຮ້ອງຂໍຢຸດເຊົາຂອງທ່ານ:

- ທາງໂທລະສັບ: ໂທຫາສູນພະແນກບໍລິການມະນຸດຂອງ (DHS) ທີ່ 1-855-697-4347 (ວັນຈັນຫາວັນສຸກ, ຍົກເວັ້ນວັນພັກ, ຈາກ 8: 30 ເຊົ້າ-3 ແລງ) ຫຼື HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-4774 (ວັນຈັນຫາວັນສຸກ, ຍົກເວັ້ນວັນພັກ, ຈາກ 8 ເຊົ້າ-6 ແລງ)

ບັນຊີ #:

- ດ້ວຍຕົນເອງ: ໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການ DHS ຫຼື ສະເໜີຄໍາຮ້ອງຂໍຢຸດເຊົາການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໃນກ່ອງຮັບທີ່ບອດໄພໃດ ໜຶ່ງທີ່ຫ້ອງການ DHS ແລະ ສູນຄອບຄົວໃນພາກພື້ນ. ສໍາລັບສະຖານທີ່ຫ້ອງການ, ໄປເບິ່ງທີ່ www.dhs.ri.gov ຫຼື ໂທຫາ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- ທາງໄປສະນີ: ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້ຢ່າງໜ້ອຍສອງອາທິດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສິ້ນສຸດລົງ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

Medicaid: ການຢຸດເຊົາໂດຍລັດ

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງ Medicaid:

ຊື່
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໃນ Medicaid ສາມາດຖືກຍົກເລີກໄດ້ພຽງແຕ່ຖ້າມີສິ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນ:

- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງລາຄາຖືກອີກຕໍ່ໄປ
- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຖືກສິ້ນສຸດຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຍ້ອນຂໍ້ມູນການສໍ້ໂກງໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດູແລດ້ານສຸຂະພາບພິເສດ

ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການເພີ່ມເຕີມຜ່ານ Medicaid ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ.

- ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມພິການບໍ່?
- ມີໃຜຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງການການດູແລຢູ່ເຮືອນພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການດູແລໄລຍະຍາວອື່ນໆບໍ່?
- ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດສູງ ຫຼື ເລື້ອຍໆບໍ່?

ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງວ່າພວກເຂົາມີຄຸນສົມບັດຕາມຄວາມຕ້ອງການ ການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ ຫຼື ບໍ່. ໂທ (855) 712-9158 ຫຼື ໄປເບິ່ງທີ່ www.HealthSourceRI.com ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.





STATE OF RHODE ISLAND
 P.O. BOX 8709
 CRANSTON, RI 02920-8787

ສິດໃນການອຸທອນ

ທ່ານອາດຈະມີສິດທີ່ຈະອຸທອນ ແລະ ມີການໄຕ່ສວນຄວາມຢ່າງຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະ:

1. ໂທຫາພວກເຮົາເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເລື່ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ຢູ່ເທິງໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານມີແຈ້ງການນີ້ ແລະ ລະຫັດກໍລະນີ/ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຢູ່ໃນ-ມື້ເມື່ອທ່ານໂທ.
2. ອຸທອນສຳລັບການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານ. ການອຸທອນແມ່ນການຮ້ອງຂໍຢ່າງເປັນທາງການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນຂອງການຕັດສິນໃຈໃນກອງປະຊຸມບໍລິຫານ. ກະລຸນາສືບຕໍ່ອ່ານ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນຫຍັງ?

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນໂອກາດສຳລັບທ່ານທີ່ຈະບອກເຈົ້າໜ້າທີ່ການໄຕ່ສວນການບໍລິຫານວ່າເປັນຫຍັງທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງອົງການກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ/ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ. ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງອົງການຍັງມີຢູ່ໃນກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນ ເພື່ອອະທິບາຍພື້ນຖານຂອງການຕັດສິນໃຈຂອງອົງການ. ຕາມກົດໝາຍ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ບໍລິຫານຈະຕ້ອງກວດກາຄືນຄວາມເປັນຈິງຂອງຄະດີທີ່ນຳສະເໜີໂດຍທາງສອງຝ່າຍຢ່າງຍຸຕິທຳ ແລະ ເປັນກາງ.

ເວລາກຳນົດສຳລັບການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳ

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຂໍ້ຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິການຂອງທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກ່ວາເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ນີ້, ທ່ານອາດຈະສູນເສຍສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກຳນົດເວລາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ແລະ ອອກຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນ, ຫຼື 60 ວັນ ຖ້າການໄຕ່ສວນກ່ຽວຂ້ອງກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈຈະອອກໃນການອຸທອນຂອງ HealthSource RI ທັງໝົດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນ, ຕາມທີ່ເປັນໄປໄດ້ທາງຝ່າຍການບໍລິຫານ.

ໂຄງການ	ທ່ານຕ້ອງຍື່ນອຸທອນໃນ:	ຖ້າການອຸທອນຖືກເຮັດພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຈາກວັນແຈ້ງການ ("Aid Pending") ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ບໍ່?
Medicaid	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີແຈ້ງການບວກຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
SNAP	90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
CCAP	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກ່ວາຈະມີການພິຈາລະນາໄຕ່ສວນ
GPA	10 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ແຕ່ການຮ້ອງຂໍຕ້ອງໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີແຈ້ງການບວກຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ.	ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ



ເລກກຳລະນີ#: [REDACTED]

ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກອບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສຳລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແລະ ການລໍຖ້າການອຸທອນຕາມມາດຕະຖານອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸ, ຮັກສາ ຫຼື ກັບມາເປັນຜູ້ເຮັດໜ້າທີ່ສູງສຸດໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງຕັດສິນ ການອຸທອນເລັ່ງດ່ວນໄວເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້, ຕາມສະຖານະການ. ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສຳລັບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ, ພວກເຮົາຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຮູ້ຢ່າງວ່ອງໄວ ແລະ ພວກເຮົາຕ້ອງຈັດແຈງການອຸທອນຂອງທ່ານຜ່ານຂັ້ນຕອນມາດຕະຖານຂອງພວກເຮົາ.

ສິດທີ່ຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການໄຕ່ສວນ

ທ່ານອາດຈະມີສິດທີ່ຈະບໍ່ປ່ຽນແປງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຮັບຜັງການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ (ນີ້ເອີ້ນວ່າ "Aid-Pending"). ຍົກເວັ້ນການປະກັນສຸຂະພາບການຄ້າຜ່ານ HealthSource RI, ຖ້າທ່ານຂໍອຸທອນພາຍໃນ 10 ວັນ, ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ Aid-Pending ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານສາມາດສະແດງໄດ້ທາງອື່ນໄດ້, ສຳລັບ Medicaid ແລະ HealthSource RI, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການ 5 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການ.

ຖ້າທ່ານມີ Medicaid ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານສູນເສຍການອຸທອນຂອງທ່ານ, ລັດອາດຈະໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຄຸ້ມຄອງຕົນເອງ ສຳລັບໃນໄລຍະ Aid-Pending. ສຳລັບ HealthSource RI, Aid-Pending ແມ່ນມີໃຫ້ສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກຳລັງອຸທອນການກຳນົດສິດຄືນໃໝ່ທີ່ເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 30 ວັນ ຈາກວັນທີ່ທ່ານຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ແລະ ການຮ້ອງຂໍແມ່ນເຮັດໂດຍທາງໂທລະສັບກັບ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774). ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເຄຣດິດພາສີເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບ Aid-Pending ແລະ ບໍ່ຊະນະອຸທອນຂອງທ່ານ, ຫຼັງຈາກນັ້ນ ທ່ານອາດຈະມີໜີ້ເພີ່ມເຕີມໃນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານໃນປີໜ້າ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນ, ທ່ານຍັງຕ້ອງຈ່າຍໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາ Aid-Pending.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ SNAP, RIW ຫຼື GPA ແລະ Aid-Pending ແລະ ທ່ານບໍ່ຊະນະການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບມາສິດໃນໄລຍະນີ້.

ສິດໃນການເປັນຕົວແທນຕົນເອງ ແລະ ສິດໃນການເປັນຕົວແທນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນຕົວແທນຕົນເອງໃນການໄຕ່ສວນຄະດີ ຫຼື ຈະຖືກຕາງໜ້າໂດຍຜູ້ທີ່ທ່ານເລືອກ, ລວມທັງທະນາຍຄວາມ, ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຍາດເພີ່ນ້ອງ.

ຄຳແນະນຳທາງດ້ານກົດໝາຍ ແມ່ນສາມາດໃຊ້ໄດ້ຈາກ Rhode Island Legal Services, Inc. ທີ່ 274-2652 ຫຼື 1-800-662-5034. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະມີຕົວແທນທາງກົດໝາຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕ້ອງຍື່ນເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງການປະກົດຕົວກັບຫ້ອງການການໄຕ່ສວນໃນເວລາໄຕ່ສວນ ຫຼື ກ່ອນໜ້ານັ້ນ. ການເຂົ້າເຖິງການປະກົດຕົວປະຕິບັດເປັນການປ່ອຍຂໍ້ມູນລັບ, ເລັ່ງຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທາງກົດໝາຍສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນທຶກໃນກໍລະນີຂອງອົງການ. ມັນຍັງຈຳເປັນສຳລັບຫ້ອງການຮັບຜັງທີ່ຈະຍືນຍັນການເປັນຕົວແທນສຳລັບຈຸດປະສົງການຕິດຕາມ, ການທົບທວນຄືນ, ການຮ້ອງຂໍຄວາມສືບຕໍ່ ແລະ ອື່ນໆ.

ຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນອື່ນໆອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ

ການຕັດສິນໃຈອຸທອນຂອງພວກເຮົາອາດຈະເຮັດໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງໃນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນອື່ນ.

ເຂົ້າເຖິງບັນທຶກກໍລະນີຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດເບິ່ງບັນທຶກຄະດີຂອງທ່ານ, ລວມທັງຫຼັກຖານໃດໆທີ່ລັດຈະໃຊ້ໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ. ເພື່ອເບິ່ງບັນທຶກກໍລະນີຂອງທ່ານ, ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍອຸທອນຕໍ່ການກະທຳທີ່ໄດ້ປະຕິບັດໂດຍ HealthSource RI, ທ່ານສາມາດຂໍສຳເນົາບັນທຶກຂອງທ່ານໂດຍການໂທຫາ: 1-855-840-HSRI (4774).

ການແກ້ໄຂແບບບໍ່ເປັນທາງການ

ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງໄວວາໄດ້ໂດຍບໍ່ມີການໄຕ່ສວນ. ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງອຸທອນ ການດຳເນີນການໂດຍ HealthSource RI, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774) ເພື່ອຂໍການທົບທວນຄືນການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານໃນຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຈະແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ. ສິດໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກກະທົບຈາກຄວາມພະຍາຍາມໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ.

ບັນຊີ #:

ແບບຟອມການອຸທອນ



ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງຂໍອຸທອນ

ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການອຸທອນໂດຍການເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້. ຖ້າທ່ານຍື່ນແບບຟອມນີ້, ລັດຈະທົບທວນຄືນຄະດີຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດເພື່ອພະຍາຍາມແກ້ໄຂບັນຫາ.

- **ອອນລາຍ.** ເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov> ແລະ ໃຫ້ຄລິກໃສ່ "file an appeal" (ຍື່ນອຸທອນ).
- **ໂດຍທາງໂທລະສັບ.** ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງກ່ຽວກັບ Medicaid ແລະ ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ຊື້ຜ່ານ HealthSource RI ໂດຍການໂທຫາ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-HSRI (4774). ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຍື່ນອຸທອນສໍາລັບໂຄງການບໍລິການມະນຸດເຊັ່ນ: SNAP, RIW, ການດູແລເດັກ, GPA ຫຼື SSP ໂທຫາໄປທີ່ ພະແນກບໍລິການມະນຸດທີ່ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- ໂດຍສ່ວນຕົວ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອແບບຕົວ-ຕໍ່ຕົວ ໄປເບິ່ງທີ່ www.dhs.ri.gov ເພື່ອເບິ່ງສະຖານທີ່ຫ້ອງການ.
- ທາງໄປສະນີ. ຕົ້ມແບບຟອມນີ້ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່ ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

ຊື່ (ຕ້ອງການ): _____

ວັນເດືອນປີເກີດ (ຕ້ອງການ): _____

ເລກບັນຊີ (ດັ່ງທີ່ສະແດງຢູ່ເທິງສຸດຂອງແຈ້ງການ): _____

ທີ່ຢູ່ (ຕ້ອງການ): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ອີເມວ: _____

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເວົ້າ, ອ່ານ ຫຼື ຂຽນພາສາອັງກິດບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ:

ຖ້າຕ້ອງການ, ພາສາຕົ້ນຕໍຂອງທ່ານແມ່ນພາສາຫຍັງ? _____

ຊ່ອງທາງຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ (ໝາຍວົງກົມໜຶ່ງ): ອີເມວ / ຈົດໝາຍທາງໄປສະນີ

ທ່ານຕ້ອງກວດເບິ່ງເຫດຜົນການອຸທອນຂອງທ່ານ:

<u>ການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບ:</u>	<u>ການບໍລິການດ້ານມະນຸດ:</u>	
_____ Medicaid	_____ SNAP	_____ GPA
_____ ຊື້ແຜນຜ່ານ HSRI	_____ RIW	_____ ການດູແລເດັກນ້ອຍ
_____ ທັງສອງ/ບໍ່ແນ່ໃຈ	_____ SSP	
_____ ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ) _____		



ບັນຊີ #:

ກະດູນາອະທິບາຍເຫດຜົນສໍາລັບການອຸທອນຂອງທ່ານ:

ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສໍາຄັນ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP ໃນທັນທີບໍ? ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນຢ່າງຮີບດ່ວນບໍ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ:

ຖ້າແມ່ນ, ກະດູນາອະທິບາຍ:

ຖ້າການຕັດສິນໃຈໃນການໄຕ່ສວນບໍ່ເປັນທີ່ຕ້ອງການຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈ່າຍເງິນການຊ່ວຍເຫຼືອໃດໆຄືນ ແລະ/ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຖືກກໍານົດວ່າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ

ໝາຍໃສ່ກ່ອນນີ້ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງກໍາລັງຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການອຸທອນ ຫຼື ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນ. ນີ້ອາດຈະເປັນທະນາຍຄວາມ, ໜູ່ເພື່ອນ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວ. ສະໜອງຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງບຸກຄົນນີ້:

ຊື່: _____

ໂທລະສັບ: _____

ທີ່ຢູ່: _____

ອີເມວ: _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານບໍ່ປ່ຽນແບງໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈໃນການໄຕ່ສວນບໍ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____
(ຜູ້ຮັບ)

ເຮັດໃຫ້ສໍາເລັດໂດຍອົງການເທົ່ານັ້ນ:

ການອຸທອນແມ່ນກ່ຽວກັບ: _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA
_____ SNAP _____ ຊື່ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ _____ ການດູແລເດັກນ້ອຍ
_____ ອື່ນໆ

ອ້າງອີງຄູ່ມືນະໂຍບາຍສະເພາະ: _____ ພາກ _____

ການຕອບສະໜອງຂອງອົງການຕໍ່ການອຸທອນ/ຄໍາອະທິບາຍ: _____

ຜູ້ຕາງໜ້າອົງການ (ລາຍເຊັນ) _____ ຫົວໜ້າຄຸມວຽກ (ລາຍເຊັນ) _____

(ເພີ່ມຊື່) _____ (ເພີ່ມຊື່) _____

ຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນ _____



ວັນທີ : 05/13/2023

ບັນຊີ #:

ກະດູນາອ່ານ - ສິ່ງນີ້ສາມາດຊ່ວຍປະຢັດເງິນຂອງທ່ານໃນໃບບິນຄ່າໄຟຟ້າຂອງທ່ານໄດ້

National Grid ກຳລັງສະເໜີລາຄາພິເສດໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳຂອງ DHS ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານປະຫຍັດເງິນ
ໃບບິນຄ່າໄຟຟ້າໄດ້. ໃບບິນຕ້ອງແມ່ນຊື່ຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຮ້ອງຂໍການຫຼຸດລາຄາໄຟຟ້ານີ້, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່, ເຊັ່ນຊື່ ແລະ ວັນທີໃນແບບຟອມຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ
ສົ່ງທາງໄປສະນີກັບໄປບໍລິສັດໄຟຟ້າຂອງທ່ານ.

National Grid
Attn: Customer Service
PO Box 960
Northborough, MA 01532-0960

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະດູນາຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

(ຕັດໃນເສັ້ນຂ້າງລຸ່ມ)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

ໂຮດໂອແລນ
ພະແນກບໍລິການມະນຸດ
ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຊີວິດ

ບັນຊີ DHS #: _____ ໂຄງການ DHS _____

ເປີໂທລະສັບ (____) _____ - _____ (ຖ້າມີ)

ໝາຍເລກບັນຊີບໍລິການໂທລະສັບ _____



ບັນຊີ #:

ກະດູນາອ່ານ - ວິທີນີ້ສາມາດຊ່ວຍປະຢັດເງິນຂອງທ່ານໃນໃບບິນຄ່າໂທລະສັບຂອງທ່ານ

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ LIFELINE

Verizon ແລະ Cox Communication ກຳລັງສະເໜີສ່ວນຫຼຸດປະຈຳເດືອນໃຫ້ລູກຄ້າທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ DHS ຂອງທ່ານ
ໃບບິນຄ່າໂທລະສັບ. ໃບບິນຕ້ອງແມ່ນຊື່ຂອງທ່ານ

ໂຄງການ LINK-UP-AMERICA

ເພື່ອຮ້ອງຂໍສ່ວນຫຼຸດຄ່າໂທລະສັບສ່ວນນີ້ ແລະ/ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອ Lifeline,
ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່, ເຊັນຊື່ ແລະ ລົງວັນທີໃນແບບຟອມຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່:

COX Communications, Inc
Attention: Lifeline Services
6301 Waterford Blvd. Suite 200
Oklahoma City, OK 73118
ແຜ່ກ: 1-877-873-9077

Verizon Lifeline Services
PO Box 4848
Trenton, NJ 08650-4848

ຖ້າທ່ານມີຄ່າຖາມໃດໆ, ກະດູນາຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

(ຕັດໃນເສັ້ນຂ້າງລຸ່ມ)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

ໂຮດໂອແລນ
ພະແນກບໍລິການມະນຸດ
ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຊີວິດ

ບັນຊີ DHS #: XXXXXXXXXX

ໂຄງການ DHS: _____

ເບີໂທລະສັບ(_____) _____ - _____ (ຖ້າມີ)

ບັນຊີບໍລິການໂທລະສັບ _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບສິດ

ວັນທີ

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

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

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, 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 dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éin m̄ gbo kpáa. Đá 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 ບໍລິການມະນຸດ (EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປື້ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດ ໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງ ອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ, ລະບົບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການບໍລິຫານປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສຳລັບຄົນໜຸໜວກ/ຜູ້ມີຂໍ້ບົກພ່ອງການໄດ້ອິນສຽງ 1-800-745-6575 ສຽງ; TTY 711).

