



[REDACTED]
[REDACTED]
Warwick, RI 02889



ວິທີເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ

ໄປທາງອອນລາຍ: <https://healthyrhode.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. ຫນ້າທີ່ບອກທ່ານວ່າການຕັດສິນໃຈຂອງ
ພວກເຮົາກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະພົບເຫັນລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມໃນຫນ້າຕໍ່ໄປ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ.

ບົດສະຫຼຸບຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

ໂຄງການ

ການຕັດສິນໃຈ

ການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບ

ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານກໍາລັງມີການປ່ຽນແປງ

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈນີ້, ທ່ານສາມາດຂໍໄຕ່ສວນເພື່ອອຸທອນ. ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການອຸທອນໃນຕອນທ້າຍຂອງ
ແຈ້ງການນີ້.

ເບິ່ງບັນຊີຂອງທ່ານອອນລາຍ ຫຼື ໃນແອັບມືຖື

ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຍັງມີຢູ່ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ <https://healthvrhode.ri.aov/> ຫຼື ໂດຍການດາວໂຫຼດ
ແອັບມືຖື HealthyRhode ໃນໂທລະສັບສະມາທໂຟນຂອງທ່ານ.

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



ບັນຊີ #: [REDACTED]

ລາຍລະອຽດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

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

ຊື່ບຸກຄົນ: [REDACTED]	ວັນເດືອນປີເກີດ: [REDACTED]
-----------------------	----------------------------

ໄລຍະເວລາທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ / ວັນທີທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້	ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງ	ການຕັດສິນໃຈ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ
06/01/2023 ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ	ສິນເຊື້ອອາກອນລະດັບພຣີມຽມຂັ້ນສູງ	ອະນຸມັດແລ້ວ
06/01/2023 ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ	ການຫຼຸດຜ່ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການແບ່ງປັນ	ອະນຸມັດແລ້ວ
06/01/2023 ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ	ປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນ (ການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດ)	ອະນຸມັດດ້ວຍການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດ
06/01/2023 ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ	MAGI Medicaid	ປິດແລ້ວ

ທ່ານມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ບໍ່ມີລູກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ທີ່ທ່ານ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານອ້າງວ່າເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສເສຍພາສີ ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ດັ່ງນັ້ນ, ຄ່າຮ້ອງສະໝັກ Medicaid ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.

ພື້ນຖານທາງດ້ານກົດໝາຍ: 210-RICR-30-00-1.6

ຈໍານວນເງິນຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງ 2023 ແມ່ນ: \$10.23

ລາຍລະອຽດການປະກັນໄພສຸຂະພາບທາງການຄ້າສໍາລັບປີ 2023:

[REDACTED]

ການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ຂອງທ່ານແມ່ນສິ້ນສຸດລົງຫຼັງຈາກຂະບວນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຄືນໃໝ່. ອີງຕາມຂໍ້ມູນໃນພາຍເອກະສານ, ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໃນຂ້າງເທິງນີ້ມີສິດລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບທາງການຄ້າຜ່ານ HealthSource RI, ດ້ວຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

ພື້ນຖານ:

ເນື່ອງຈາກກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ພະຍາດໂຄວິດ-19, ລັດໄຮດໂອແລນ ຈຶ່ງຕ້ອງໃຫ້ລູກຄ້າ Medicaid ລົງທະບຽນຖ້າພວກເຂົາຢູ່ໃນ Medicaid ໃນ ຫຼື ຫຼັງຈາກວັນທີ 18 ມີນາ 2020. ເມື່ອທີ່ຂໍ້ກຳນົດຂອງລັດຖະບານກາງນີ້ສິ້ນສຸດລົງ, ລັດໄຮດໂອແລນ ໄດ້ລົ້ມຕົ້ນຂະບວນການຮັບຮອງໃໝ່ ແລະ ຕໍ່ອາຍຸເປັນປົກກະຕິ.



ບັນຊີ #: [REDACTED]

ການມີສິດໄດ້ຮັບ:

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້ໄດ້ຖືກກຳນົດວ່າມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການທີ່ຈະລົງທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ລັດໂຮດໄອແລນ ຈະຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເປັນເດືອນທຳອິດ ແລະ ເດືອນທີສອງ, ຫຼັງຈາກສິ້ນເຊື່ອອາກອນລະດັບພຣີມຽມຂັ້ນສູງ (Advanced Premium Tax Credits (APTCs)) ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ແລ້ວ. APTC ເປັນເຄຣດິດອາກອນທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ເພື່ອຫຼຸດຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ ເມື່ອທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນຜ່ານ HealthSource RI. APTC ຂອງທ່ານແມ່ນຂຶ້ນຢູ່ກັບລາຍຮັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳລັບສິ່ງນີ້ເນື່ອງຈາກລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ການສົ່ງສຸດການປະກັນໄພ Medicaid ຂອງທ່ານ.

ເນື່ອງຈາກການພິຈາລະນາການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຖືກລົງທະບຽນໃນແຜນສຸຂະພາບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ການຄຸ້ມຄອງນີ້ແຕກຕ່າງຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ທ່ານມີຜ່ານ Medicaid, ເຖິງແມ່ນວ່າມັນອາດຈະຢູ່ກັບບໍລິສັດປະກັນໄພດຽວກັນ. ຈະມີການຈ່າຍເງິນລາຍເດືອນ (ເອີ້ນວ່າ "ຄ່າປະກັນໄພ") ຮອດກຳນົດ ແລະ ລັດຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານສຳລັບເດືອນທຳອິດ ແລະ ເດືອນທີສອງຂອງການຄຸ້ມຄອງ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງໂຄງການໄລຍະເວລາຈຳກັດໃໝ່ທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອລັດຖະບານກາງ.

ເນື່ອງຈາກສະຖານະການຂອງທ່ານ, ທ່ານຍັງໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາມີສິດສຳລັບໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດອີກດ້ວຍ. ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນພິເສດນີ້ໃຊ້ເວລາຫຼັກສືບມື້ນັບຈາກມື້ສິ້ນສຸດຂອງແຜນ Medicaid ຂອງທ່ານເພື່ອເລືອກແຜນອື່ນນອກເໜືອໄປຈາກແຜນການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການເຮັດແນວນັ້ນ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ, ຖ້າທ່ານປ່ຽນແຜນ ອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ມັນອາດຈະມີການປ່ຽນແປງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດທີ່ລັດເປັນຜູ້ຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພສອງເດືອນທຳອິດ. **ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນພິເສດນີ້, ທ່ານອາດຈະເລືອກ ແລະ ລົງທະບຽນໃນແຜນທັນຕະກຳ, ຖ້າຫາກຈຳເປັນ.** ຖ້າທ່ານເລືອກ ແລະ ລົງທະບຽນໃນແຜນທັນຕະກຳ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບຄ່າປະກັນໄພເພີ່ມເຕີມຜ່ານໂຄງການນີ້ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງປີນປົວແຂ້ວຂອງທ່ານ.

ພື້ນຖານທາງດ້ານກົດໝາຍສຳລັບການຕັດສິນໃຈມີສາມາດພົບໄດ້ໃນສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປນີ້:
220-RICR-90-00-1.8(D); 45 CFR § 155. 305; 45 CFR § 155. 400; 45 CFR § 155. 415; 45 CFR § 155. 420.

ຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນໂດຍອັດຕະໂນມັດ:

- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນໃນ ***Neighborhood VALUE (CSR94)**.
- ການຄຸ້ມຄອງຜ່ານແຜນການດັ່ງກ່າວຈະເລີ່ມໃນວັນທີ **06/01/2023** ແລະ,
- ຈຳນວນເງິນຕ້ອງຈ່າຍປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານຈະເປັນ **\$10. 23** ຫຼັງຈາກສະໝັກ APTC).

ທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ APTC ຈຳນວນ **\$886. 74** ຕໍ່ເດືອນເພື່ອຫຼຸດໃບບິນຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ. APTC ຈະຖືກນຳໃຊ້ກັບຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈວ່າຈະໃຊ້ເງິນຈຳນວນເຕັມນີ້ລ່ວງໜ້າເພື່ອຫຼຸດຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານ ຫຼື ເພື່ອຊ່ວຍປະຢັດບາງສິນເຊື່ອສຳລັບການຄົ້ນຄວ້າພາສີຂອງທ່ານໃນປີໜ້າ. ຈາກລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຍັງມີຄຸນສົມບັດສຳລັບແຜນການຫຼຸດຜ່ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ (CSR) ອີກດ້ວຍ. ແຜນ CSR ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຫັກອອກ ແລະ ອອກຈາກກະເປົາເງິນຕໍ່າ, ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຈ່າຍໜ້ອຍລົງໃນເວລາທີ່ທ່ານໄປຫາທ່ານໝໍ ແລະ ໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງການແພດອື່ນໆ. **ຫາກລາຍໄດ້, ຂະໜາດຄອບຄົວ ຫຼື ການເຂົ້າເຖິງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງນັບຕັ້ງແຕ່ທ່ານບັບປຸງບັນຊີຂອງທ່ານຄັ້ງສຸດທ້າຍ, ການບັບປຸງບັນຊີຂອງທ່ານດ້ວຍຂໍ້ມູນນີ້ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນ.** ຫາກຂໍ້ມູນບັນຊີຂອງທ່ານລ່າສະໄໝ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບສິນເຊື່ອພາສີລ່ວງໜ້າຂອງທ່ານຫຼາຍເກີນໄປ ແລະ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເມື່ອທ່ານຍື່ນພາສີໃນປີໜ້າ.

ບັນຊີ #: [REDACTED]

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

- ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ ຫຼື ບໍ່ຕ້ອງການການຄຸ້ມຄອງນີ້, ທ່ານຕ້ອງຍົກເລີກບໍ່ໃຫ້ກາຍວັນທີ 31/07/2023.
- ຫາກທ່ານຕ້ອງການຮັກສາແຜນນີ້ໄວ້, ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆແມ່ນໄດ້ຮັບການປັບປຸງແລ້ວ.
 - o ຫຼັງຈາກສອງເດືອນທໍາອິດ, ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຊໍາລະຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນຕາມການກຳນົດໂດຍໃບແຈ້ງໜີ້ປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນໃນແຜນອື່ນ, ທ່ານອາດຈະເຮັດໄດ້ກ່ອນວັນທີເລືອກອອກຂ້າງເທິງ.
 - o HealthSource RI ສະເໜີແຜນການຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພຫຼາຍແຫ່ງ ແລະ ທ່ານອາດຈະເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນເປັນແຜນກັບບໍລິສັດອື່ນພາຍໃນໂຄງການນີ້.
 - o ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ, ຖ້າທ່ານປ່ຽນແຜນ ອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ມັນອາດຈະມີການປ່ຽນແປງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດທີ່ໄດ້ເປັນຜູ້ຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ.
 - o ຊອກຫາລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມໄດ້ທີ່: healthsourceri.com/transition
- ເບິ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ອີເມລ໌! ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການລົງທະບຽນ ແລະ ໃບແຈ້ງໜີ້ໃນໂງ່ນນີ້ ພ້ອມລາຍລະອຽດ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ຍັງຈະມີຢູ່ໃນບັນຊີ portal ລູກຄ້າຂອງທ່ານເພື່ອເປັນຂໍ້ມູນອ້າງອີງຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດເບິ່ງ ຫຼື ປັບປຸງບັນຊີຂອງທ່ານໄດ້ດ້ວຍວິທີຕໍ່ໄປນີ້:

- ທາງອອນລາຍ. ສ້າງ ຫຼື ເຂົ້າເຖິງບັນຊີຜູ້ໃຊ້ຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ <https://healthyrhode.ri.gov>;
- ໂດຍທາງໂທລະສັບ. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ HealthSource RI ໄດ້ທີ່ 1-855-840-4774; ຫຼື
- ເຮັດການນັດພົບດ້ວຍຕົນເອງສໍາລັບ Walk in Center ຂອງພວກເຮົາ. ເຂົ້າໄປທີ່ healthsourceri.com/appointments/ ເພື່ອຊອກຫາເວລາ ແລະ ວັນທີທີ່ເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານທີ່ສຸດ.

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງ ແລະ ທາງເລືອກຂອງທ່ານແມ່ນສາມາດພົບໄດ້ທີ່: www.healthsourceri.com/transition

ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

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



ບັນຊີ #: [REDACTED]

ການປ່ຽນແປງຂໍ້ກຳນົດການລາຍງານ

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ 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.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປຸງປົວທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. 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 ສຳລັບກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກິດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທຶນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນຜົນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໆໂຄງການ). ການແກ້ໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເປົ້າໝາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA, AD-3027, ສາມາດພົບໄດ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> ແລະ ຢູ່ຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍໃນແບບຟອມ. 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 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຝຶນຝຸດຂອງປີ 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 ໂພລິຕິກາການຂອງປີ 2008 (ໃນເມື່ອກ່ອນແມ່ນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະແຕມອາຫານ), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດອາຍຸຂອງປີ 1975, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດລະບຽບ (45 C.F.R. ສ່ວນທີ່ 80 ແລະ 84) ແລະ ກົດລະບຽບການປະຕິບັດຂອງກະຊວງສຶກສາຂອງສະຫະລັດ (34 C.F.R. ສ່ວນທີ່ 104 ແລະ 106), ແລະ ກະຊວງກະສິກຳ, ອາຫານ ແລະ ໂພລິຕິກາການຂອງສະຫະລັດ (7 C.F.R. 272. 6); ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບົນຜົນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ກຳນົດບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປັບປຸງ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບັບປຸງຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂໍ້ນະໂຍບາຍຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. ເພື່ອໂທໂດຍໃຊ້ Rhode Island Relay, ໂທໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທຟຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ເລືອກຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການຝຶນຝຸດ (Office of Rehabilitation Services, ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອ່ານວຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໆໂຄງການຂອງອົງການ. ເວຂົນສານຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຕາມຄວາມເຫມາະສົມ.



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. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ຢູ່ ເທິງຫນ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານມີແຈ້ງການນີ້ ແລະ ລະຫັດກໍລະນີ/ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຢູ່ໃນ-ມືເມື່ອທ່ານໂທ.
2. ອຸທອນສຳລັບການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານ. ການອຸທອນແມ່ນການຮ້ອງຂໍຢ່າງເປັນທາງການທີ່ຮຽກຮ້ອງ ໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນຂອງການຕັດສິນໃຈໃນກອງປະຊຸມບໍລິຫານ. ກະລຸນາສືບຕໍ່ອ່ານ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນຫຍັງ?

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

ເວລາກຳນົດສຳລັບການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳ

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະອື່ນອຸທອນຂໍ້ຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິການຂອງ ທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກວ່າເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ ຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ນີ້, ທ່ານອາດຈະສູນເສຍສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ອື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກຳນົດເວລາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ແລະ ອອກຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນ, ຫຼື 60 ວັນ ຖ້າການໄຕ່ສວນກ່ຽວຂ້ອງ ກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈຈະອອກໃນການອຸທອນຂອງ HealthSource RI ທັງໝົດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນ, ຕາມທີ່ເປັນໄປໄດ້ທາງຝ່າຍການບໍລິຫານ.

ໂຄງການ	ທ່ານຕ້ອງອື່ນອຸທອນໃນ:	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	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກວ່າຈະມີການພິຈາລະນາໄຕ່ສວນ.
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 #: [REDACTED]

ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກອບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແລະ ການລໍຖ້າການອຸທອນຕາມມາດຕະຖານອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸ, ຮັກສາ ຫຼື ກັບມາຝື້ນຜູ້ເຮັດໜ້າທີ່ສູງສຸດໄດ້. 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 ຈາກວັນທີທີ່ທ່ານຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ, 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 ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບມສິດໃນໄລຍະນີ້.

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 #: [REDACTED]

ທ່ານມີສິດໃນການຮັກສາຄວາມລັບ. ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ, ທຸກອົງການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການແມ່ນຖືກຜູກມັດໂດຍກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ເພື່ອນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ ສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການບໍລິຫານໂຄງການ ແລະ ຕາມມາດຕະຖານຂອງກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍການປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ສຳລັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນບຸກຄົນໄດ້. ຂໍ້ຈຳກັດຂອງ HIPAA ບ້ອງກັນພວກເຮົາຈາກການສົນທະນາຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີໜັງສືມອບອຳນາດ ຫຼື ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມການເຫັນດີອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ອັນນີ້ປະກອບມີການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ, ພະຍາດ HIV, ໂລກເອດສ, ຜົນກວດພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ ຫຼື ການປັບປຸງ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເພິ່ງພາກັນສານເສມີ.

EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດໂຮດໄອແລນ 40-6-12, 40-6-12.1 ແລະ 42-7. 2-5(13), ລະບຽບການທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ DHS ແລະ ລະຫັດການບໍລິຫານຂອງ Medicaid. ບຸກຄົນໃດທີ່ຖືກພົບເຫັນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການລະເມີດຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດ ໂຮດໄອແລນ 40-6-12 ຈະຖືວ່າມີຄວາມຜິດ. ຜູ້ລະເມີດແມ່ນຂຶ້ນກັບການປັບໃຫມສູງສຸດຂອງສອງຮ້ອຍໂດລາ (\$ 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 ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ຮັບຜິດຊອບອື່ນໆ, ເພື່ອດຳເນີນການໃນນາມຄົວເຮືອນໃນການສະໜັກເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງໂຄງການ ຫຼື ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະເປັນ ຫຼື ບໍ່ເປັນບຸກຄົນດຽວກັນທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຂັ້ນຕອນການສະໜັກ ຫຼື ສຳລັບການຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການໃນການລາຍງານ. ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງໄດ້ເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການຈັດການທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານໃນຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.

ຂໍ້ມູນສິນເຊື່ອພາສີພິເສດ

ທ່ານອາດຈະເລືອກທີ່ຈະເລື່ອນເວລາບາງສ່ວນຂອງເງິນກູ້ຢືມພາສີປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບາງສ່ວນ ແລະ ໄດ້ຮັບຍອດຄົງເຫຼືອເມື່ອທ່ານຍື່ນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄືນເງິນກູ້ຢືມພາສີເມື່ອຍື່ນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ ຖ້າຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານໃຊ້ກັບຄຳປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານເກີນຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂດຍຜິຈາລະນາຈາກລາຍຮັບປະຈຳປີທັງໝົດຂອງທ່ານ.

ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນກູ້ຢືມພາສີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຕໍ່ໄປນີ້:

- ຍື່ນພາສີສຳລັບປີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບ.
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານຕາມຄວາມຕ້ອງການຂ້າງເທິງ.

ຂໍ້ມູນການຫຼຸດຜ່ອນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ອີງຕາມລາຍຮັບຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນເພີ່ມເຕີມ ສຳລັບປະກັນໄພ. ການຫຼຸດຜ່ອນການແບ່ງປັນຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຮັດໃຫ້ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈາກການຈ່າຍເອງ (ໃນຄຳເວົ້າອື່ນໆສຳລັບຢາໃນຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ສຳລັບການຮ່ວມຈ່າຍໃນຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍ). ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຖ້າລາຍຮັບຂອງທ່ານຫຼຸດລົງ, ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ຫຼື ການ

ບັນຊີ #: [REDACTED]

ຫ້າກເງິນຂອງທ່ານອາດຈະຫຼຸດລົງ. ລະດັບການຫຼຸດຜ່ອນແມ່ນຂຶ້ນກັບລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ, ເງິນຈ່າຍຮ່ວມ ແລະ ເງິນຫັກຂອງທ່ານກໍອາດຈະປ່ຽນແປງ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການສະໜອງຕົວເລກປະກັນສັງຄົມ (ຫຼື ຫຼັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກ) ສໍາລັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງຄຸນສົມບັດ. ການເກັບກໍາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສະໝັກ, ພ້ອມທັງເລກປະກັນສັງຄົມຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທັງໝົດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການປີ 2008 (ກ່ອນໜ້ານີ້ແມ່ນກົດໝາຍປະທັບຕາອາຫານ), ດັ່ງທີ່ໄດ້ບັນຍາຍ, 7 USC 2011-2036 ແລະ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ (45 CFR 155. 305 ແລະ 42 CFR 435. 910). ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກພິຈາລະນາວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດ ຫຼື ສືບຕໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມ SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP ແລະ/ຫຼື ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ພະແນກຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍຜ່ານການຈັບຄູ່ກັບຄອມພິວເຕີກັບພະແນກແຮງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ, ອົງການປະກັນສັງຄົມ, ບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ, ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພສະນາການ ແລະ ອົງການລັດຖະບານ ແລະ ເອກະຊົນອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍ, ລະບຽບຂໍ້ບັງຄັບ ຫຼື ສັນຍາ ແລະ ພວກເຂົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ. ຂໍ້ມູນລາຍຮັບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກອົງການເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP, GPA, ການດູແລເດັກ, RIW, Medicaid ແລະ ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃນຈໍານວນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຂໍ້ມູນນີ້ຍັງຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຕິດຕາມການປະຕິບັດຕາມລະບຽບການຂອງໂຄງການ, ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງໂຄງການ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການສໍ້ໂກງ ແລະ ກວດສອບການຮ້ອງຂໍການຮັກສາສຸຂະພາບ.

ຂໍ້ມູນນີ້ສາມາດເປີດເຜີຍໃຫ້ອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆ ສໍາລັບການກວດສອບຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈັບກຸມຜູ້ຫຼົບຫນີທີ່ຫຼີກລ່ຽງກົດໝາຍ. ຖ້າມີການຮຽກຮ້ອງເກີດຂຶ້ນຕໍ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ສະໜອງໃຫ້ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ, ລວມທັງ SSNs ທັງໝົດ, ອາດຈະຖືກສົ່ງໄປຫາອົງການລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດເຊິ່ງນດຽວກັນກັບອົງການເກັບກໍາຄ່າຮ້ອງຂໍເອກະຊົນ ສໍາລັບການດໍາເນີນການເກັບກໍາຄ່າຮ້ອງຂໍ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ສາມາດສະໜອງ SSN ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ສະໝັກຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຖືກປະຕິເສດ. SSN ໃດໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນແບບດຽວກັນກັບ SSN ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທິ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ດໍາເນີນການກວດກາການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບວຽກງານໃນໂຮດໂອແລນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດູແລເດັກ ຫຼື Medicaid. ທ່ານຕ້ອງຊ່ວຍສ້າງ, ບັນຍາຍ ຫຼື ບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກສໍາລັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງຄວາມເປັນພໍ່-ແມ່ (ຖ້າຈໍາເປັນ). ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະເຊື່ອວ່າການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກເຮັດໃຫ້ທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ, ຫຼື ລູກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ຄວາມເສຍຫາຍຈາກພໍ່-ແມ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ທ່ານອາດຈະຂໍເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະຮ່ວມມື.

ໂຄງການ ການເຮັດວຽກຂອງໂຮດໂອແລນ, Medicaid, ການຊ່ວຍເຫຼືອການດູແລເດັກ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະທົ່ວໄປ ພື້ນທະ ແລະ ໜ້າທີ່

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

ກ.) ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກ ແລະ ການຈັດຕັ້ງການເປັນພໍ່

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ບໍ່ວ່າຈະປະຕິບັດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ເປັນຕົວແທນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), ຕໍ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລົ້ມເຫລວໃນການໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ການບໍາລຸງຮັກສາ ແລະ ການດູແລທາງການແພດສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ລູກນ້ອຍ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈ່າຍໂດຍໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງອົງການ. ໃນຄວາມສາມາດນີ້, DHS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສ້າງຕັ້ງລູກດໍາເນີນຄະດີເພື່ອສ້າງຕັ້ງຄວາມເປັນພໍ່ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອເກັບກໍາການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຕົວເອງ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກທີ່ໄດ້ຮັບຫຼືໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ DHS ແລະ/ຫຼື EOHHS. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ

ບັນຊີ #: [REDACTED]

ຢຸດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບອກຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆ ທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການສະໜັບສະໜູນເດັກ/ທາງການແພດເຊັ່ນ: ຖ້າລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ມີການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ.) ກ່ຽວກັບເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກພາກຄົນທີສາມ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທິທຳມະດາໃຫ້ກັບ DHS ຫຼື EOHHS, ສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທາງກົດໝາຍເພື່ອເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກບຸກຄົນທີສາມເທົ່າກັບຈໍານວນເງິນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ສະໜອງໃຫ້ເປັນຜົນມາຈາກອຸບັດຕິເຫດ, ການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍ.

ຄ.) ກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກຄ່າຊົດເຊີຍຂອງຄົນເຮັດວຽກ

ພະແນກບໍລິການດ້ານມະນຸດ ແລະ/ຫຼື ຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການດ້ານມະນຸດ ອາດຈະວາງຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຄໍາຕັດສິນ, ຄໍາສັ່ງ ຫຼື ການຕົກລົງທີ່ຍັງຄ້າງຄ້າງ, ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຊົດເຊີຍຄົນເຮັດວຽກຂອງລັດໂຮດໄອແລນ, ບົດທີ 28-29 ຫາ 28-38 ຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດໂຮດໄອແລນ. ຈຸດປະສົງຂອງການສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນລູກໜີ້ແມ່ນເພື່ອຮັບປະກັນການຊົດເຊີຍໃຫ້ແກ່ລັດ ສໍາລັບການຈ່າຍເງິນທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ໄດ້ເຮັດກັບຂ້ອຍ ຫຼື ໃນນາມຂ້ອຍ ສໍາລັບໄລຍະເວລາທີ່ຄ່າຊົດເຊີຍ, ຄໍາສັ່ງ ຫຼື ການຈັດສັນຂອງແຮງງານຖືກມອບໃຫ້.

ງ.) ກ່ຽວກັບສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເສຍຊີວິດສໍາລັບການຊົດເຊີຍຂອງ Medicaid

ອີງຕາມ R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS ສາມາດວາງສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບ Medicaid ທີ່ມີອາຍຸຫຳສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ເສຍຊີວິດ. ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງສ່ວນນີ້, ຄໍາວ່າ "ຊັບສິນ" ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບຸກຄົນທີ່ເສຍຊີວິດຈະລວມທັງຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງ ແລະ ສ່ວນຕົວ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆທັງໝົດ ທີ່ລວມ ຫຼື ລວມຢູ່ໃນຊັບສິນທີ່ພິສູດວ່າເຈດຕະນາຖືກຕ້ອງຂອງບຸກຄົນນັ້ນ. ຈໍານວນເງິນທັງໝົດຂອງ Medicaid ທີ່ຈ່າຍໃນນາມຜູ້ຮັບ Medicaid ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຫຳສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນຫນີ້ສິນຕໍ່ລັດ ແລະ ປະກອບເປັນຫນີ້ສິນຕໍ່ຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງ EOHHS. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນແມ່ນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບທີ່ລອດຊີວິດຈາກຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າ ກວ່າ ຊາວເອັດປີ (21) ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຕາບອດ ຫຼື ພິການຢ່າງຖາວອນ ແລະ ພິການທັງໝົດຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ XVI (SSI) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ. ທີ່ດິນຂອງຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊັບສິນທີ່ຂຶ້ນກັບຊາວອາເມຣິກັນອິນເດຍ ແລະ ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກາເນຍ ອາດຈະຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການຜື້ນຜູ້.

ເຂົ້າໃຈໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະເປັນການອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລວມຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ຕາບໃດທີ່ກໍລະນີດັ່ງກ່າວຍັງເປີດຢູ່.

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

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ EOHHS ແລະ DHS ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງບັນຊີຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃນໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໃນບັນຊີສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບການບໍລິຫານໂຄງການໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜັບສະໜູນ ແລະ/ຫຼື ອາດຈະໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ຂ້າພະເຈົ້າຕາມກົດໝາຍ, ສັນຍາ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. EOHHS ແລະ DHS ສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນ ສໍາລັບຈຸດປະສົງໃນການຄົ້ນຄວ້າ. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວຕົນໃດໆຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ແຜນການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ: ສິ້ນສຸດລົງໂດຍທ່ານ

ທ່ານສາມາດຢຸດຕິການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງເຂົາເຈົ້າຈະສິ້ນສຸດລົງໃນມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຖ້າທ່ານຂໍຢຸດການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນວັນທີ 17 ພຶດສະພາ, ມື້ສຸດທ້າຍຂອງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະເປັນວັນທີ 31 ພຶດສະພາ. ກະລຸນາສັງເກດວ່າ: ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄ່າບັບໃຫມຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ.

ບັນຊີ #: [REDACTED]

ແຜນການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ: ການຢຸດເຊົາໂດຍຜູ້ບໍລິການຂົນສົ່ງຂອງທ່ານ ຫຼື ໂດຍການແລກປ່ຽນ
ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດລົງທະບຽນໃນແຜນການປະກັນສຸຂະພາບການຄ້າ:

ຊື່
[REDACTED]

ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໃນແຜນການປະກັນສຸຂະພາບທາງດ້ານການຄ້າສາມາດຖືກຍົກເລີກໄດ້
ພຽງແຕ່ຖ້າມີສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນ:

- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ມີລາຄາຖືກອີກຕໍ່ໄປຜ່ານ Medicaid ຫຼື HealthSource RI
- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ ແລະ ໄລຍະເວລາການກະດູນາຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ (45 CFR § 155.430(b)(2)(ii)),
- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຖືກສົນສຸດຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຍ້ອນຂໍ້ມູນການສໍ້ໂກງໃນຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານ,
- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ປະກັນໄພຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານອອກຈາກທຸລະກິດ, ສູນເສຍໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນຂອງຕົນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ, ແລະ
- ຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານປ່ຽນໄປສູ່ແຜນການອື່ນທີ່ນໍາສະເໜີໃນ HealthSource RI ໃນໄລຍະການລົງທະບຽນແບບເປີດ ຫຼື ແບບເປີດເຜີຍ.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດູແລດ້ານສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມ

ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການເພີ່ມເຕີມຜ່ານ Medicaid ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມ.

- ມີໃຜໃນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມພິການບໍ່?
- ມີໃຜຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງການການດູແລຢູ່ເຮືອນພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການດູແລໄລຍະຍາວອື່ນໆບໍ່?
- ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດສູງ ຫຼື ເລື້ອຍໆບໍ່?

ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງວ່າພວກເຂົາມີຄຸນສົມບັດຕາມຄວາມຕ້ອງການ ການດູແລສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ບໍ່. ໂທ (855) 712-9158 ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ 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

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຂໍຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິການຂອງທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກ່ວາເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາກຳນົດໄວ້ນີ້, 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 ຫຼັງຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການບອກຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
SNAP	90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
CCAP	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກ່ວາຈະມີການພິຈາລະນາໄຕ່ສວນ
GPA	10 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ແຕ່ການຮ້ອງຂໍຕ້ອງໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການບອກຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ.	ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ



ເລກກໍລະນີ #: [REDACTED]

ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກອບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແລະ ການລໍຖ້າການອຸທອນຕາມມາດຕະຖານອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸ, ຮັກສາ ຫຼື ກັບມາຝື້ນຜູ້ເຮັດໜ້າທີ່ສູງສຸດໄດ້. 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 ຈາກວັນທີທີ່ທ່ານອື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ, 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 ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບມສິດໃນໄລຍະນີ້.

ສິດໃນການເປັນຕົວແທນຕົນເອງ ແລະ ສິດໃນການເປັນຕົວແທນ

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

ຄໍາແນະນໍາທາງດ້ານກົດໝາຍ ແມ່ນສາມາດໃຊ້ໄດ້ຈາກ Rhode Island Legal Services, Inc. ທີ່ 274-2652 ຫຼື 1-800-662-5034. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະມີຕົວແທນທາງກົດໝາຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕ້ອງອື່ນເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງການປະກົດຕົວກັບຫ້ອງການການໄຕ່ສວນໃນເວລາໄຕ່ສວນ ຫຼື ກ່ອນໜ້ານັ້ນ. ການເຂົ້າເຖິງການປະກົດຕົວປະຕິບັດເປັນການປ່ອຍຂໍ້ມູນລັບ, ເລັ່ງຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທາງກົດໝາຍສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນທຶກໃນກໍລະນີຂອງອົງການ. ມັນຍັງຈໍາເປັນສໍາລັບຫ້ອງການຮັບຜັງທີ່ຈະຢືນຢັນການເປັນຕົວແທນ ສໍາລັບຈຸດປະສົງການຕິດຕາມ, 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 #: [REDACTED]

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-ຕໍ່ຕົວເຂົ້າໄປທີ່ www.dhs.ri.gov ເພື່ອເບິ່ງສະຖານທີ່ຫ້ອງການ.
- **ທາງໄປສະນີ.** ຕົ້ມແບບຟອມນີ້ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່ ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

ຊື່ (ຕ້ອງໄດ້ຕົ້ມ): _____

ວັນເດືອນປີເກີດ (ຕ້ອງການ): _____

ເລກບັນຊີ (ດັ່ງທີ່ສະແດງຢູ່ເທິງສຸດຂອງແຈ້ງການ): _____

ທີ່ຢູ່ (ຕ້ອງການ): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ອີເມວ: _____

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເວົ້າ, ອ່ານ ຫຼື ຂຽນພາສາອັງກິດບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ:

ຖ້າຕ້ອງການ, ພາສາຕົ້ນຕໍຂອງທ່ານແມ່ນພາສາຫຍັງ? _____

ຊ່ອງທາງຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ (ໝາຍວົງກົມໜຶ່ງ): ອີເມວ / ຈົດໝາຍທາງໄປສະນີ

ທ່ານຕ້ອງກວດເບິ່ງເຫດຜົນການອຸທອນຂອງທ່ານ:

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

ບັນຊີ #:

ກະດູນາອະທິບາຍເຫດຜົນສໍາລັບການອຸທອນຂອງທ່ານ:

ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການດ້ານສຸ ຂະພາບທີ່ສໍາຄັນ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP ໃນທັນທີບໍ? ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນ ຢ່າງຮີບດ່ວນບໍ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ:

ຖ້າແມ່ນ, ກະດູນາອະທິບາຍ:

ຖ້າການຕັດສິນໃຈໃນການໄຕ່ສວນບໍ່ເປັນທີ່ຕ້ອງການຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈ່າຍ ເງິນການຊ່ວຍເຫຼືອໃດໆຄົນ ແລະ/ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຖືກກຳນົດວ່າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ

ໝາຍໃສ່ກ່ອນນີ້ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງກຳລັງຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການອຸທອນ ຫຼື ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນ. ນີ້ອາດ ຈະເປັນທະນາຍຄວາມ, ໜູ່ເພື່ອນ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວ. ສະໜອງຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງບຸກຄົນນີ້:

ຊື່: _____

ໂທລະສັບ: _____

ທີ່ຢູ່: _____

ອີເມວ: _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານບໍ່ປ່ຽນແບງໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈໃນ ການໄຕ່ສວນບໍ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____
(ຜູ້ຮັບ)

ເຮັດໃຫ້ສໍາເລັດໂດຍອົງການເທົ່ານັ້ນ:

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

ອ້າງອີງຄູ່ມືນະໂຍບາຍສະເພາະ: _____ ພາກ _____

ການຕອບສະໜອງຂອງອົງການຕໍ່ການອຸທອນ/ຄໍາອະທິບາຍ: _____

ຜູ້ຕາງໜ້າອົງການ (ລາຍເຊັນ) _____ ຫົວໜ້າຄຸມວຽກ (ລາຍເຊັນ) _____

(ເພີ່ມຊື່) _____ (ເພີ່ມຊື່) _____

ຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນ _____



ບັນຊີ #: [REDACTED]

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 គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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)

ໂບດຊາບ: 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 nìà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر 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, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດ ໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ 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 ສຽງ; TTY 711).

