

ສິດຂອງທ່ານ

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

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະອື່ນອຸທອນຂໍ້ຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິການຂອງ ທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກວ່າເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນຕາມເວລາກຳນົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ ຕາຕະລາງ. ຖ້າທ່ານພາດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ນີ້, ທ່ານອາດຈະສູນເສຍສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ອື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກຳນົດເວລາການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ແລະ ອອກຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນ, ຫຼື 60 ວັນ ຖ້າການໄຕ່ສວນກ່ຽວຂ້ອງກັບ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈຈະອອກໃນການອຸທອນຂອງ HealthSource RI ທັງໝົດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບ ຕັ້ງແຕ່ວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນ, ຕາມທີ່ເປັນໄປໄດ້ທາງຝ່າຍການບໍລິຫານ.

ໂຄງການ	ທ່ານຕ້ອງອື່ນອຸທອນໃນ:	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ຖ້າການອຸທອນຖືກເຮັດພາຍໃນ 10 ວັນ ນັບຈາກວັນແຈ້ງການ ("Aid Pending")?
Medicaid	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີແຈ້ງການບວກ ຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
SNAP	90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະສືບຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາໃນທາງອື່ນ
CCAP	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້ຈົນກວ່າຈະມີການພິຈາລະນາໄຕ່ສວນ.
GPA	10 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນແລ້ວ, ແຕ່ການຮ້ອງຂໍຕ້ອງໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ການປະກັນສຸຂະພາບ ທາງການຄ້າ	30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີແຈ້ງການບວກ ຫ້າວັນ ສຳລັບເວລາສົ່ງຈົດໝາຍ.	ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີແຈ້ງ ການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ



ບັນຊີ #: [REDACTED]

ການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກອບການອຸທອນທີ່ເລັ່ງດ່ວນ ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແລະ ການສໍາຖ້າການອຸທອນຕາມມາດຕະຖານອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸ, ຮັກສາ ຫຼື ກັບມາເປັນພູເຮັດຫນ້າທີ່ສູງສຸດໄດ້. 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 ຍາດພີ່ນ້ອງ.

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, ຜົນກວດພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳຜັນ ຫຼື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເພິ່ງພາກັນສານເສລີ.

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. ບຸກຄົນໃດທີ່ຖືກພິບັດເຫັນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການລະເມີດຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍທົ່ວໄປຂອງລັດ ໂຮດໄອແລນ 40-6-12 ຈະຖືວ່າມີຄວາມຜິດ. ຜູ້ລະເມີດແມ່ນຂຶ້ນກັບການປັບໃໝສູງສຸດຂອງສອງຮ້ອຍໂດລາ (\$200) ຫຼື ການຈຳລຸກເຖິງຫົກ (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.

ຂໍ້ມູນສິນເຊື້ອພາສີພິເສດ

ທ່ານອາດຈະເລືອກທີ່ຈະເລື່ອນເວລາບາງສ່ວນຂອງເງິນກູ້ຢືມພາສີປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບາງສ່ວນ ແລະ ໄດ້ຮັບຍອດຄົງເຫຼືອເມື່ອທ່ານຍື່ນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄືນເງິນກູ້ຢືມພາສີເມື່ອຍື່ນພາສີລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານຖ້າຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານໃຊ້ກັບຄຳປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານເກີນຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂດຍພິຈາລະນາຈາກລາຍຮັບປະຈຳປີທັງໝົດຂອງທ່ານ.

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 ລັດເຊິ່ງນດຽວກັນກັບອົງການເກັບກໍາຄໍາຮ້ອງຂໍເອກະຊົນ ສໍາລັບການດໍາເນີນການເກັບກໍາຄໍາຮ້ອງຂໍ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ສາມາດສະໜອງ SSN ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ສະໝັກຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຖືກປະຕິເສດ. SSN ໃດໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນແບບດຽວກັນກັບ SSN ຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທິ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ດໍາເນີນການກວດກາການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ.

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການສະໜັບສະໜູນເດັກ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບອຸປະກອນໃນໂຮດໄອແລນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດູແລເດັກ ຫຼື Medicaid. ທ່ານຕ້ອງຊ່ວຍສ້າງ, ປັບປຸງ ຫຼື ບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກສໍາລັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງຄວາມເປັນພໍ່-ແມ່ (ຖ້າຈໍາເປັນ). ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະເຊື່ອວ່າການຮ່ວມມືກັບຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກເຮັດໃຫ້ທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ, ຫຼື ລູກທີ່ຢູ່ໃນການດູແລຂອງທ່ານມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ຄວາມເສຍຫາຍຈາກພໍ່-ແມ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ທ່ານອາດຈະຂໍເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ຈະບໍ່ຮ່ວມມື.

ໂຄງການ ການເຮັດວຽກຂອງໂຮດໄອແລນ, Medicaid, ການຊ່ວຍເຫຼືອການດູແລເດັກ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະທົ່ວໄປ ພູມທະ 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 ໃນນາມຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS) ບໍ່ວ່າຈະປະຕິບັດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ເປັນຕົວແທນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHS), ຕໍາບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລົ້ມເຫລວໃນການໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ການບໍາລຸງຮັກສາ ແລະ ການດູແລທາງການແພດສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ລູກນ້ອຍ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈ່າຍໂດຍໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງອົງການ. ໃນຄວາມສາມາດນີ້, DHS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສ້າງຕັ້ງຊຸດດໍາເນີນຄະດີເພື່ອສ້າງຕັ້ງຄວາມເປັນພໍ່ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອເກັບກໍາ

ບັນຊີ #: [REDACTED]

ການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຕົວເອງ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກທີ່ໄດ້ຮັບຫຼືໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ DHS ແລະ/ຫຼື EOHHS. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຢູ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື Medicaid, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບອກຫ້ອງການບໍລິການດູແລເດັກກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆ ທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການສະໜັບສະໜູນເດັກ/ທາງການແພດເຊັ່ນ: ຖ້າລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ມີການ ປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ.) ກ່ຽວກັບເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກພາກຄົນທີ່ສາມ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມອບສິດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິດທັງໝົດໃຫ້ກັບ DHS ຫຼື EOHHS, ສໍາລັບ ແລະ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ແລະ ບຸກຄົນ ໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທາງກົດໝາຍເພື່ອເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກບຸກຄົນທີ່ສາມເທົ່າກັບ ຈໍານວນເງິນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ສະໜອງໃຫ້ເປັນຜົນມາຈາກອຸບັດຕິເຫດ, ການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍ.

ຄ.) ກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນທີ່ສາມາດກູ້ຄືນໄດ້ຈາກຄ່າຊົດເຊີຍຂອງຄົນເຮັດວຽກ

ພະແນກບໍລິການດ້ານມະນຸດ ແລະ/ຫຼື ຫ້ອງການບໍລິຫານຂອງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການດ້ານມະນຸດ ອາດຈະວາງຄວາມ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຄ່າຕັດສິນ, ຄ່າສັ່ງ ຫຼື ການຕົກລົງທີ່ຍັງຄ້າງຄ້າງ, ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍການຊົດເຊີຍຄົນເຮັດວຽກຂອງລັດໂຮດໂອແລນ, ບົດທີ 28-29 ຫາ 28-38 ຂອງກົດໝາຍທີ່ໄປຂອງລັດໂຮດໂອແລນ. ຈຸດປະສົງຂອງການສຶດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນລູກໜີ້ແມ່ນເພື່ອຮັບປະກັນການຊົດເຊີຍໃຫ້ແກ່ລັດ ສໍາລັບການຈ່າຍເງິນທາງ ດ້ານການເງິນ ແລະ Medicaid ທີ່ໄດ້ເຮັດກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໃນນາມຂ້າພະເຈົ້າ ສໍາລັບໄລຍະເວລາທີ່ຄ່າຊົດເຊີຍ, ຄ່າສັ່ງ ຫຼື ການຈັດສັນ ຂອງແຮງງານຖືກມອບໃຫ້.

ງ.) ກ່ຽວກັບສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເສຍຊີວິດສໍາລັບການຊົດເຊີຍຂອງ Medicaid

ອີງຕາມ R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS ສາມາດວາງສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບ Medicaid ທີ່ມີອາຍຸຫຳສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ເສຍຊີວິດ. ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງສ່ວນນີ້, ຄໍາວ່າ "ຊັບສິນ" ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບຸກຄົນທີ່ເສຍຊີວິດຈະວອມທັງຊັບສິນທີ່ແທ້ ຈິງ ແລະ ສ່ວນຕົວ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆທັງໝົດ ທີ່ລວມ ຫຼື ລວມຢູ່ໃນຊັບສິນທີ່ພິສູດວ່າເຈດຕະນາຖືກຕ້ອງຂອງບຸກຄົນນັ້ນ. ຈໍານວນເງິນ ທັງໝົດຂອງ Medicaid ທີ່ຈ່າຍໃນນາມຜູ້ຮັບ Medicaid ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຫຳສິບຫ້າ (55) ປີ ຫຼື ສູງກວ່າໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນສິນຕໍ່ລັດ ແລະ ປະກອບເປັນສິນຕໍ່ຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງ EOHHS. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ສິດໃນການຄອບຄອງຊັບສິນແມ່ນ ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊັບສິນຂອງຜູ້ຮັບທີ່ລອດຊີວິດຈາກຄຸນສົມລົດ ຫຼື ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າ ກວ່າ ຊາວເອັດປີ (21) ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຕາບອດ ຫຼື ພິການຢ່າງຖາວອນ ແລະ ພິການທັງໝົດຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ XVI (SSI) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນ ສັງຄົມ. ທີ່ດົນຂອງຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊັບສິນທີ່ຂຶ້ນກັບຊາວອາເມຣິກັນອິນເດຍ ແລະ ຊາວພື້ນເມືອງອາວາສາກາເນຍ ອາດຈະຖືກຍົກເວັ້ນຈາກ ການພິ່ນຝຸ.

ເຂົ້າໃຈໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະເປັນການອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກບໍລິການມະນຸດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລວມຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ຕາບໃດທີ່ກໍລະນີດັ່ງກ່າວອັງເປີດຢູ່.

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

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

ແຜນການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ: ສິ້ນສຸດລົງໂດຍທ່ານ

ທ່ານສາມາດຢຸດຕິການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງເຂົາເຈົ້າ ຈະສິ້ນສຸດລົງໃນມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຖ້າທ່ານຂໍຢຸດການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນວັນທີ 17 ພຶດສະພາ, ມື້ສຸດທ້າຍຂອງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະເປັນວັນທີ 31 ພຶດສະພາ. ກະລຸນາສັງເກດວ່າ: ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄ່າ ບັບໃຫມຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ.

ບັນຊີ #: [REDACTED]

ແຜນການປະກັນສຸຂະພາບທາງການຄ້າ: ການຢຸດເຊົາໂດຍຜູ້ບໍລິການຂົນສົ່ງຂອງທ່ານ ຫຼື ໂດຍການແລກປ່ຽນສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດລົງທະບຽນໃນແຜນການປະກັນສຸຂະພາບການຄ້າ:

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 ແບບພິເສດ.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດູແລດ້ານສຸຂະພາບພິເສດ

ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການເພີ່ມເຕີມຜ່ານ Medicaid ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ.

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

ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງວ່າພວກເຂົາມີຄຸນສົມບັດຕາມຄວາມຕ້ອງການ ການດູແລສຸຂະພາບພິເສດ 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. ໄທຫາພວກເຮົາເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເລື່ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ຢູ່ເທິງໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານມີແຈ້ງການນີ້ ແລະ ລະຫັດກໍລະນີ/ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຢູ່ໃນ-ມື້ເມື່ອທ່ານໄທ.
2. ອຸທອນສຳລັບການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳທາງດ້ານການບໍລິຫານ. ການອຸທອນແມ່ນການຮ້ອງຂໍຢ່າງເປັນທາງການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນຂອງການຕັດສິນໃຈໃນກອງປະຊຸມບໍລິຫານ. ກະລຸນາສືບຕໍ່ອ່ານ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳແມ່ນຫຍັງ?

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

ເວລາກຳນົດສຳລັບການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳ

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຂໍຕໍ່ແຕ່ລະໂຄງການ. ສຳລັບບາງໂຄງການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິຫານຂອງທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຈົນກ່ວາເຮັດການຕັດສິນໃຈໃນການພິຈາລະນາແລ້ວ 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.	ທ່ານຕ້ອງໄທຫາ HealthSource RI ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກແຈ້ງການເພື່ອຂໍ Aid-Pending.
ໂຄງການອື່ນໆ	30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການທາງໄປສະນີ	ແມ່ນ



ເລກກຳລະນີ #: [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 ຍາດເພີ່ນ້ອງ.

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.

ເຂົ້າເຖິງບັນທຶກກຳລະນີຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດເບິ່ງບັນທຶກຄະດີຂອງທ່ານ, ລວມທັງຫຼັກຖານໃດໆທີ່ລັດຈະໃຊ້ໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ. ເພື່ອເບິ່ງບັນທຶກກຳລະນີຂອງທ່ານ, 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 (ຕ້ອງການ): _____

ວັນເດືອນປີເກີດ(ຕ້ອງລະບຸ): _____

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, ທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນ ຢ່າງຮີບດ່ວນບໍ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ:

ຖ້າແມ່ນ, ກະດູນາອະທິບາຍ:

ຖ້າການຕັດສິນໃຈໃນການໄຕ່ສວນບໍ່ເປັນທີ່ຕ້ອງການຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງລ່າຍ ເງິນການຊ່ວຍເຫຼືອໃດໆຄົນ ແລະ/ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຖືກກຳນົດວ່າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ

ໝາຍໃສ່ກ່ອນນີ້ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງກຳລັງຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການອຸທອນ ຫຼື ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນ. ນີ້ອາດຈະ ເປັນທະນາຍຄວາມ, ໜູ່ເພື່ອນ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວ. ສະໜອງຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງບຸກຄົນນີ້:

ຊື່: _____
ໂທລະສັບ: _____
ທີ່ຢູ່: _____
ອີເມວ: _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານບໍ່ປ່ຽນແບງໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈໃນການ ໄຕ່ສວນບໍ? 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 _____