

ໃບຄຳຮ້ອງຂໍໂຄງການການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່ສຳຫຼັບ Medicaid /ການປະຢັດ Medicare



Seniors and
People with
Disabilities

SDS 539C

Client

ເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍ, ຟອມຄຳຮ້ອງນີ້ຈະຖືກເຮັດໃຫ້ຮູບແບບອື່ນທີ່ອອກແບບສະເພາະສຳຫຼັບຜູ້ພິການ. ຮູບແບບອື່ນໆ ນີ້ ລວມມີ: ຕົວພິມໃຫຍ່, ພາສາເບຣລ, ເທັບພິງ, ຮູບແບບອິເລັກໂຕຣນິກ ແລະການນຳສະເໜີປາກເປົ່າ. ເພື່ອຮ້ອງຂໍ, ຈົ່ງບອກພະນັກງານໃຫ້ຮູ້ ຫຼື ໂທຣະສັບ, ສົ່ງແຟັກຊ໌ ຫຼື ໂທຣສາຍ TTY.

ຊື່	<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ວັນເດືອນປີເກີດ	SSN
ຊື່ຄູ່ຄອງ			SSN
ທີ່ຢູ່ບ້ານ		ໂທຣະສັບ	
ເມືອງ	ຮັຖ	ລະຫັດໄປສະນີ	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າວ່າ ແຕກຕ່າງ)			

ກະຮຸນາບອກລາຍຊື່ຜູ້ຮ່ວມໃບໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ ໂດຍຂຽນໃສ່ໃນເຈ້ງແຍກຕ່າງຫາກ.

ທ່ານ ຫຼືສະມາຊິກໃດໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເປັນນັກຮີບເກົ່າ ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ບອກລາຍການກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ:

ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກປະກັນສັງຄົມ	\$	ເງິນນັກຮີບເກົ່າ	\$
ອອກການ ຫຼື ເງິນບຳນານ	\$	ລາຍໄດ້ຈາກວຽກ	\$
ອື່ນໆ	\$	ອື່ນໆ	\$

Date sent

Case number

ບອກລາຍການກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ:

ເງິນຈາກປະກັນສັງຄົມ	\$	ເງິນຊ່ວຍທະຫານຜ່ານ ສຶກ	\$
ເງິນອອກການ ຫຼື ບຳນານ	\$	ລາຍໄດ້ຈາກການ ເຮັດວຽກ	\$
ອື່ນໆ	\$	ອື່ນໆ	\$

Prime number

Date of birth

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍຄືນອື່ນ, ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ມີທຸນໃນຊັບສິນໃດໜຶ່ງດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ບັນຊີກະແສລາຍວັນ	\$
ບັນຊີຝາກປະຢັດ	\$
ອະສັງຫາລິມະຊັບ, ທຣັສ, ກອງທຶນອອກການ, ໃບຢັ້ງຢືນການລົງທຶນ (time certificates)	\$
ອື່ນໆ	\$

Program

Branch code

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອື່ນ, ໄດ້ຂາຍ, ແລກປ່ຽນ, ຍົກຊັບສິນສ່ວນຕົວໃຫ້ຜູ້ອື່ນ, ເງິນສົດ, ອະສັງຫາລິມະຊັບ (ດິນ, ອາການ ຫຼື ດອກເບ້ຍສຳຫຼັບທີ່ດິນປະເພດມີສິດຕະຫຼອດຊີວິດ), ຫຼື ດຳເນີນການຈາກເງິນກູ້ບ້ານ, ພາຍໃນ 60 ເດືອນຜ່ານມາ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

Worker

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາບອກອະນຸຍາດໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ລາຍລະອຽດຊັບສິນ	ວັນທີ ໂອນຍ້າຍ	ມູນຄ່າໃນ ເວລາໂອນຍ້າຍ	ຈຳນວນທີ່ ໄດ້ຮັບ	ຈຳນວນທີ່ຄ້າງ ໜີ້ທ່ານ	ຈຳນວນທີ່ໄດ້ ຮັບໃນແຕ່ລະ ເດືອນ
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

Worker phone #

ກະຊວງປະຊາສົງເຄາະ (DHS) ຈະບໍ່ຈຳແນກຕົ້ນຜູ້ໃດ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ DHS ຈະຊ່ວຍທຸກຄົນທີ່ມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມ. ກະຊວງປະຊາສົງເຄາະຈະບໍ່ປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ຜູ້ໃດກໍຕາມທີ່ອີງໃສ່ ອາຍຸ, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມໂນ້ມມອງທາງເພດ, ສາສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ຄວາມພິການ. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ ຖ້າວ່າ ທ່ານຄິດວ່າ DHS ຈຳແນກຕໍ່ຕ້ານທ່ານເນື່ອງຈາກເຫດຜົນເຫຼົ່ານີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຊື້ຊືບສິນໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍຢ່າງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ຣົຖ, ຣົຖບັນທຸກ, ຣົຖຈັກ, ເຮືອ, ຣົຖສຳຫຼັບຕັ້ງແຄມບໍ, ຣົຖສຳຫຼັບແລ່ນເທິງຫີມະ, ຣົຖພ່ວງ, ເຄື່ອງມືຄ້າຂາຍ, ສວນ ຫຼື ອຸປະກອນສຳຫຼັບທຸລະກິດ, ສັດລ້ຽງ, ໄມ້ທ່ອນ, ອື່ນໆ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ລາຍການ	ຍີ່ຫໍ້, ລຸ້ນ, ປີ ແລະລາຍອະຍງອື່ນໆ	ມູນຄ່າ	ຈຳນວນທີ່ຍັງ ຄ້າງຊຳລະ
		\$	\$
		\$	\$

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຊື້, ຫຼື ມີຫຸ້ນໃນຊັບສິນໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍຢ່າງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ບ້ານ ບ້ານເຄືອນທີ່ ທີ່ດິນ ຫຼື ຕົກອາຄານອື່ນໆ ບໍ່ມີ

ຕື່ມຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ສຳຫຼັບແຕ່ລະລາຍການ	ລາຍການ #1	ລາຍການ #2
a. ທີ່ຢູ່:		
b. ການໃຊ້ປະໂຫຍດໃນຊັບສິນນັ້ນ:		
c. ເງິນຈ່າຍປະຈຳເດືອນ:	\$	\$
d. ພາສີອະສັງຫາລິມມະຊັບ:	\$	\$
e. ປະກັນພັຍໄຟໄໝ້ສຳຫຼັບຕົກອາຄານ:	\$	\$
f. ມູນຄ່າຫຸ້ນໃນບໍລິສັດ	\$	\$

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ກຳລັງເຂົ້າບ້ານ ຫຼື ກຳລັງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງສຳຫຼັບບ້ານ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ “ແມ່ນ”, ເງິນຈ່າຍປະຈຳເດືອນ \$ ຈ່າຍໃຫ້ແກ່

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງບ້ານພັກອາໄສ ແລະຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ບຸກຄົນທີ່ເປັນຜູ້ຈ່າຍ	ລາຍການ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ	ຈຳນວນ
			\$
			\$

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ແມ່ນ, ຈົ່ງເລືອກປະເພດ ແລະຕື່ມຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້:

<input type="checkbox"/> ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງສ່ວນບຸກຄົນ	<input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາກຮັຖ	<input type="checkbox"/> ການຮຽກຮ້ອງພິເສດ
ບໍລິສັດ	ເລກປະກັນພັຍ	ຄ່າງວດປະກັນພັຍ
		\$
		\$

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ໄດ້ຮຽກຮ້ອງປະກັນພັຍຈ່າຍສຳຫຼັບການບາດເຈັບ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ແມ່ນ, ຈົ່ງບອກລາຍຊື່ຄົນທີ່ບາດເຈັບແລະວັນທີ ທີ່ບາດເຈັບ.

ຖ້າວ່າ ແມ່ນ, ກະຮຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນທີ່ເໝາະສົມໃສ່ໃນພອມ DHS 0451.

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ມີປະກັນພັຍຊີວິດ ຫຼື ປະກັນພັຍກ່ຽວກັບງານສິບ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ແມ່ນ, ຈົ່ງຕື່ມຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ບໍລິສັດ	ເລກປະກັນພັຍ	ມູນຄ່າທີ່ລະບຸໄວ້	ຈຳນວນເງິນສິດ	ບຸກຄົນທີ່ຮັບປະກັນພັຍ
		\$	\$	
		\$	\$	

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ມີໃບບິລຄ່າປົນປົງທີ່ຍັງບໍ່ຈ່າຍ ຊຶ່ງໄດ້ຮັບໃນລະຍະ 90 ວັນຜ່ານມາ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍອິນ, ແຜນປະກັນພັຍສຳຫຼັບງານສິບແບບຈ່າຍລ່ວງໜ້າ ຫຼື ທຣັສສຳຫຼັບງານສິບ ລວມເຖິງ ປະກັນພັຍຊີວິດ ຫຼື ມີເງິນຍັງເຫຼືອຢູ່ກັບຜູ້ອື່ນໆ ເພື່ອເກັບໄວ້ເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບງານສິບ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ບໍລິສັດ ຈຳນວນ \$

ທີ່ຢູ່

ທ່ານມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ບຸກຄົນສໍາຫຼັບຕິດຕໍ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ
- ຜູ້ປົກຄອງ
- ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

- ໜັງສືມອບອໍານາດ
- ຜູ້ຮັກສາສິດຜົນປະໂຫຍດ

ຊື່

ໂທລະສັບ

ເຖິງວ່າ ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້, ແຕ່ວ່າ ການຮ່ວມມືຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍໃນການພິຈາລະນາເລື່ອງການປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຣັຖບານກາງ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະ ບໍ່ ຖືກນຳໃຊ້ ໃນເວລາພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດປະຕິເສດທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້; ມັນຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບກັບການພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຖາມເອົາຂໍ້ມູນນີ້ພາຍໃຕ້ Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (ຮ່າງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງ).

- ສຳຫຼັບ ຊົນເຜົ່າ (ເລືອກໜຶ່ງຂໍ້): ຮີສແປນິກ ຫຼື ລາຕິໂນ ບໍ່ແມ່ນຮີສແປນິກ ຫຼື ລາຕິໂນ
- ສຳຫຼັບ ເຊື້ອຊາດ (ເລືອກໜຶ່ງຂໍ້): ຄົນດຳ ຫຼື ອາຟຣິກັນ ອາເມລິກັນ ອາຊີ ຄົນຂາວ
- ອາເມລິກັນ ອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສະກ້າ ຊາວພື້ນເມືອງຮາວາຍ ຫຼື ຊາວແປຊີຟິກ ໄອແລນເດີ ອື່ນໆ

ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານ ໃຫ້ໃນຟອມນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກວດສອບແລະທົບທວນໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຣັຖບານກາງ, ຣັຖ ແລະເຈົ້າໜ້າທີ່ທ້ອງຖິ່ນ ແລະຜ່ານລະບົບກວດສອບລາຍໄດ້ຂອງຣັຖແລະເງື່ອນໄຂເໝາະສົມ. ຂໍ້ມູນນີ້ຍັງອາດຖືກສົ່ງໃຫ້ແກ່ ທ້ອງການວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນພົນລະເມືອງສະຫະຣັຖອາເມລິກາ ແລະທ້ອງການບໍລິການດ້ານຄົນເຂົ້າເມືອງ ເພື່ອການກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງ.

“ການມອບໝາຍ” ການຈ່າຍເງິນ. ເພື່ອໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ທ່ານຕ້ອງປ່ອຍໃຫ້ ກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ ເອົາເງິນ ທີ່ທ່ານຮັບ, ຫຼື ມີສິດທີ່ຈະຮັບເອົາເງິນຈາກ: 1) ປະກັນພັຍສຸຂະພາບເອກະຊົນ, ແລະ 2) ຄົນອື່ນໆ ຫຼື ແຫຼ່ງຊັບສິນອື່ນໆ ຊຶ່ງເປັນຜູ້ທີ່, ຫຼື ອາດຈະ, ເຊື່ອຖືໄດ້ທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທາງກະຊວງຈ່າຍໃຫ້ໃນເລື່ອງທີ່ກ່ຽວພັນກັບການບາດເຈັບ.

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃນຟອມນີ້, ທ່ານເຫັນດີທີ່ຈະ **“ມອບໝາຍ”** ໃຫ້ກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ ສຳຫຼັບສິດທິທັງໝົດຕໍ່ກັບເງິນຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້ ສຳຫຼັບບຸກຄົນໃດໆ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະຂອງທ່ານ. ນັ້ນກໍໝາຍເຖິງ ຕົວທ່ານເອງ ແລະສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃນຟອມນີ້, ທ່ານເຫັນດີທີ່ຈະຊ່ວຍທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ ຫາແລະຂໍຮັບເອົາເງິນຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້. ມີການກຳນົດຈຳນວນເງິນຈ່າຍຈຳກັດທີ່ທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະຈະສາມາດຮັບເອົາໄດ້. ທາງກະຊວງບໍ່ສາມາດຮັບເອົາເງິນຈຳນວນຫຼາຍກວ່າທີ່ໄດ້ຈ່າຍໃນການຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານແລະຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້.

ທ່ານຍັງເຫັນດີນຳວ່າ ບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວ, ໂຮງໝໍ, ນາຍຈ້າງ ແລະອົງການຂອງຣັຖ ສາມາດເປີດເຜີຍ ຫຼືໃຫ້ປະຫວັດດ້ານການປິ່ນປົວໃຫ້ແກ່ບໍລິສັດປະກັນພັຍຕ່າງໆ ໄດ້. ອັນນີ້ແມ່ນຄຸ້ມຄອງເຖິງບັນທຶກຕ່າງໆ ທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານແລະສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານໃນດ້ານການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປິ່ນປົວ. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນບັນທຶກນີ້ແມ່ນເຮັດສະເພາະເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຂໍເອົາເງິນຈ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີປະກັນພັຍອື່ນໆ. ຖ້າວ່າ ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີປະກັນພັຍດ້ານການປິ່ນປົວອື່ນໆ, ຈົ່ງບອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ທ່ານໝໍ, ຄລິນິກ ຫຼື ໂຮງໝໍ) ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຮັບການເບິ່ງແຍງ. ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງເກັບເງິນກັບບໍລິສັດປະກັນພັຍອື່ນກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງໃບບິລມາເກັບຄ່າກັບທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີລູກ ແລະພໍ່ແມ່ອື່ນບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ນຳທ່ານ, ທ່ານອາດຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທາງໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລ້ຽງລູກຂອງຣັຖ ເພື່ອຮັບເອົາ ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ແລະເງິນສິດຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປິ່ນປົວ ສຳຫຼັບເດັກນ້ອຍ. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທາງໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລ້ຽງລູກ ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າ ມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານແລະລູກຂອງທ່ານຕົກຢູ່ໃນອັນຕະລາຍ.

ຖ້າຫາກ ກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວ ຊຶ່ງຄວນຕ້ອງໄດ້ຖືກຈ່າຍໂດຍທາງບໍລິສັດປະກັນພັຍ, ທາງກະຊວງກໍຈະດຳເນີນການເພື່ອເອົາເງິນນັ້ນຄືນ. ຍົກຕົວຢ່າງ :

- ຖ້າຫາກ ທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ ຈ່າຍຄ່າໃບບິລ ຊຶ່ງທາງບໍລິສັດປະກັນພັຍເອກະຊົນຄວນຕ້ອງເປັນຜູ້ຈ່າຍ, ທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະຈະພະຍາຍາມເອົາເງິນນັ້ນກັບຄືນຈາກບໍລິສັດປະກັນພັຍ.
- ຖ້າຫາກ ກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ ຈ່າຍຄ່າໃບບິລ ແລະທາງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຍັງໄດ້ຮັບເງິນຈ່າຍຈາກທາງບໍລິສັດປະກັນພັຍນຳອີກ, ທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະຈະພະຍາຍາມເອົາເງິນນັ້ນກັບຄືນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.
- ຖ້າຫາກ ກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວ ຫຼື ຄ່າບໍລິການອື່ນໆ ແລະທາງບໍລິສັດປະກັນພັຍສິ່ງເຊັກຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານ, ທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະຈະພະຍາຍາມເອົາເງິນນັ້ນຄືນຈາກທ່ານ.

ໃຜແດ່ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລກໂຊໂຊ)

ກົດໝາຍຮັຖບານກາງກຳນົດໃຫ້ໃຜກໍຕາມທີ່ຮ້ອງຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປິ່ນປົວ ຈະຕ້ອງໃຫ້ໝາຍເລກໂຊໂຊແກ່ທາງກະຊວງປະຊາສິ່ງເຄາະ.

ຂໍ້ກຳນົດນີ້ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບບຸກຄົນໃດກໍຕາມທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາແຕ່ພຽງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປິ່ນປົວແບບສຸກເສີນ ຜ່ານໂຄງການຍົກເວັ້ນການປິ່ນປົວແບບສຸກເສີນສຳຫຼັບປະຊາຊົນ/ຄົນຕ່າງດ້າວ (Citizen/Alien Waived Emergent Medical program), ໃຜກໍຕາມທີ່ຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການ Oregon Project Independence ຫຼື ໃຜກໍຕາມທີ່ ຍັງໄດ້ຮ້ອງຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

DHS ນຳໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເລກປະກັນສັງຄົມ ຫຼືເລກໂຊໂຊ ແນວໃດ

ທາງກະຊວງຈະນຳໃຊ້ເລກໂຊໂຊຂອງທ່ານເພື່ອ:

- ຊ່ວຍຕັດສິນໃຈວ່າ ທ່ານມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼືບໍ່.
- ກວດສອບເບິ່ງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ, ຊັບສິນອື່ນໆ, ແລະເພື່ອເບິ່ງວ່າມັນກົງກັນກັບບັນທຶກອື່ນໆຂອງຮັຖ ແລະຮັຖບານກາງ ເຊັ່ນ IRS ຫຼື ບໍ່, ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການ Medicaid, ເງິນຊ່ວຍຄ່າລ້ຽງລູກ, ເງິນຊ່ວຍຈາກປະກັນສັງຄົມ ແລະເງິນຊ່ວຍຜູ້ຫວ່າງງານ.
- ຈັດຕຽມຂໍ້ມູນລວມ ຫຼື ລາຍງານ ຊຶ່ງຖືກຮຽກຮ້ອງໂດຍແຫຼ່ງທຶນສຳຫຼັບໂຄງການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອນຳ.

DHS ອາດນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍເລກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ເລກໂຊໂຊຂອງທ່ານ:

- ຖ້າຫາກວ່າ ມັນຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ນຳໃຊ້ເພື່ອດຳເນີນງານໂຄງການທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອນຳ.
- ເພື່ອດຳເນີນການປະເມີນຜົນດ້ານຄຸນນະພາບແລະກິດຈະກຳມດ້ານການປັບປຸງຕ່າງໆ.
- ເພື່ອກວດສອບຈຳນວນເງິນຈ່າຍທີ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ທາງກັບຄືນສຳຫຼັບເງິນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ເກີນ.
- ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ ບໍ່ມີຜູ້ໃດທີ່ຈະໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົວເຮືອນ.

ກົດໝາຍຮັຖບານກາງ 42 USC 1320b-7(a) ແລະ (b), 7 USC 2011-1036,
 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 ແລະ 42 CFR 457.340(b)
 DHS rule OAR 461-120-0210

ການແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງເປັນພິເສດເພື່ອການຮັກສາປິ່ນປົວ

ກົດໝາຍຮັຖອໍຣິກອນ (ORS 192.518 to 192.526) ອະນຸຍາດໃຫ້ທາງ DHS ແລະໂຄງການ Managed Care Plans ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານ, ໃຫ້ແກ່ທາງໂຄງການ Managed Care Plan ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນດ້ານການປິ່ນປົວ ເມື່ອທາງໂຄງການ Managed Care Plan ກຳລັງເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບດ້ານພິດຕິກຳ ຫຼື ການບໍລິການສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແກ່ທ່ານ:

- ຊື່ຂອງທ່ານແລະເລກຜູ້ຮັບບໍລິການຂອງ Medicaid
- ຊື່ຂອງໂຮງໝໍທີ່ໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານ ຫຼື ຊື່ຂອງແພດທີ່ປິ່ນປົວທ່ານ
- ເລກ Medicaid ຂອງຜູ້ກຳລັງໃຫ້ບໍລິການທ່ານ
- ການວິນິດໄສໂຮກຂອງທ່ານ
- ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ຊຶ່ງກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ແກ່ທ່ານ:
 - ວັນທີທີ່ໃຫ້ບໍລິການ
 - ຈຳນວນການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ
 - ຂັ້ນຕອນ ແລະລະຫັດພາສີ
 - ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຈ່າຍຄ່າຕາມໃບສັ່ງຂອງແພດ ແລະການຕິດຕາມຜົນ

ຂໍ້ຄວາມກ່າວວ່າດ້ວຍການຮຽກຮ້ອງເອົາຊັບສິນ. ໂດຍການເຊັນຊື່ໃນຟອມນີ້, ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າ ກະຊວງປະຊາສິ່ງເສາະອາດເອົາເງິນຈາກຊັບສິນ ຂອງທ່ານ (ດັ່ງທີ່ນິຍາມໄວ້ໃນ ORS 414.105). ຈຳນວນທີ່ສາມາດເອົາໄດ້ນັ້ນ ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ແມ່ນເທົ່າກັບຈຳນວນການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ການປົນປົວ (ລວມເຖິງ ການເບິ່ງແຍງລະຍະຍາວ) ຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼັງຈາກອາຍຸຮອດ 55 ປີ. ອັນນີ້ລວມມີ ເງິນຈ່າຍຄ່າທຳນຽມຊຶ່ງຈ່າຍໃນນາມທ່ານ ຜ່ານທາງໂຄງການ Oregon Health Plan ເພື່ອຈ່າຍໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈັດການເບິ່ງແຍງ, ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງ ຈຳນວນການປົນປົວຕົວຈິງທີ່ຈັດຫາ ໃຫ້. ຖ້າຫາກ ທ່ານເຂົ້າພັກປົນປົວຖາວອນ (ດັ່ງທີ່ນິຍາມໄວ້ໃນ OAR 461-135-0832) ໃນເວລາທີ່ເສັງຊີວິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປົນປົວຊຶ່ງ ໄດ້ຖືກຈ່າຍໃຫ້ກ່ອນອາຍຸຮອດ 55 ປີນັ້ນ ບາງເທື່ອ ອາດຖືກໃຊ້ຄືນໃຫ້. ການໃຊ້ຄືນນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນລິດບາງຢ່າງ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕອນອາຍຸເທົ່າໃດກໍໄດ້, ລວມເຖິງ ເງິນຈ່າຍ ສຳຫຼັບຄ່າຢາຕາມໂປຣແກຼມ ຊຶ່ງກຳນົດໄວ້ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງ Medicare Part D. ເງິນແມ່ນສາມາດເອົາອອກຈາກຊັບສິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ ໃນເວລາທີ່ເສັງຊີວິດ. ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າມີຄູ່ຄອງທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່, ການຮຽກຮ້ອງ ເອົາເງິນນີ້ຈະຖືກເລື່ອນອອກໄປກ່ອນຈົນກວ່າລາວຈະເສັງຊີວິດ. ຖ້າຫາກ ມີລູກທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ແລະອາຍຸຕໍ່ກວ່າ 21 ປີ, ຫຼື ຖ້າຫາກ ລູກທີ່ຍັງມີຊີວິດ ຢູ່ນັ້ນ ຕາບອດ ຫຼື ພິການ, ກໍຈະບໍ່ມີການຮຽກຮ້ອງເອົາຊັບສິນ (ORS 115.125).

ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆ ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ, ແລະຂ້າພະເຈົ້າ ມີເອກະສານສຳເນົາຂອງ SDS 0539R ຫຼື DHS 0415R.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໃນຟອມຄຳຮ້ອງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະຄົບຖ້ວນ ອີງຕາມຄວາມຮູ້ແລະຄວາມເຊື່ອຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຜິດ ຫຼື ບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຖືກລົງໂທດດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນກົດໝາຍຂອງຣັຖ ແລະຣັຖບານກາງ.

ລາຍເຊັນທີ່ມີຜົນທາງກົດໝາຍເຕັມທີ່ຂອງຫົວໜ້າຄົວເຮືອນ ວັນທີ

ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ວັນທີ