my choice WISCONSIN

My Choice Wisconsin
ປື້ມຄູ່ມືສຳລັບສະມາຊິກຂອງ Family Care

ເບີໂທລະສັບ: 414-287-7600   ເບີໂທຟຣີ 800-963-0035   TTY:711
ໂທລະສານ: 414-287-7704
www.mychoicewi.org

ຮັບຮອງໂດຍ DHS ລົງວັນທີ 10 ສິງຫາ 2021

www.mychoicewi.org

800-963-0035 TTY 711

ທີມງານການຈັດການການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ລວມມີ:

ຊື່ ຜູ້ຈັດການການດູແລ ໂທລະສັບ

ຊື່ ພະຍາບານ ໂທລະສັບ

ຊື່ ຫົວໜ້າ ໂທລະສັບ

ຈະໂທຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຄອບຄົວຂອງທ່ານເວລາໃດ

- → ລົ້ມທຸກຮູບແບບ
- → ບ່ອິນແປງດ້ານສະພາບສຸຂະພາບຈິດແລະຮ່າງກາຍ
- → ເຂົ້າຫາພະແນກ ສຸກເສີນ/ມໍລະສຸມ
- → ເຂົ້າໂຮງໝໍ

ຖ້າທ່ານປະສົບເຫດການສຸກເສີນ, ກະລຸນາໂທຫາ 911

P-00649 (04/2021)

Multi-language Interpreter Services

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-963-0035 (TTY users should call Wisconsin Relay System 711).

Spanish
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Hmong
LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Chinese
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 1-800-963-0035（TTY：711）。

German
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Arabic
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-963-0035— (رقم هاتف الصم والبكم: - (TTY: 711).

Russian
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-963-0035 (телетайп: 711).

Korean
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-0035 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Vietnamese
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Pennsylvanian Dutch
Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Laotian
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-963-0035 (TTY: 711).

French
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-963-0035 (TTY : 711).

Polish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Hindi
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-963-0035 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Albanian
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Tagalog
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-0035 (TTY: 711).

My Choice Wisconsin:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການຟີໃຫ້ກັບຄົນທີ່ມີບໍ່ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງສະດວກເຊັ່ນ:
  - ນັກແປພາສາມື
  - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນ (ພິມໃຫຍ່, ຮູບແບບເອເລັກໂທຣນິກ, ຮູບແບບອື່ນໆ)
  - ການຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການເສີມສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີຄວາມບົກພ່ອງດ້ານການໄດ້ຍິນແລະການເຫັນ
- ໃຫ້ການບໍລິການດ້ານພາສາຟີໃຫ້ກັບຄົນທີ່ພາສາຫຼັກບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:

- ນາຍພາສາ
- ຂໍ້ມູນຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ ການບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-963-0035.

ສາລະບານ

ພາກທີ 1. ຂໍ້ມູນ ແລະ ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ 7

[] ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ຂອງ My Choice Wisconsin 7

ລາຍຊື່ຕິດຕໍ່ທີ່ສໍາຄັນອື່ນໆ 9

ພາກທີ 2. ການຕ້ອນຮັບ ແລະ ຄໍາແນະນໍາ 20

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ My Choice Wisconsin 20

ໂຄງການ Family Care ຈະສາມາດຊ່ວຍຂ້ອຍໄດ້ແນວໃດ? 21

ແມ່ນໃຜຈະຊ່ວຍຂ້ອຍ? 22

ການເປັນສະມາຊິກໝາຍຄວາມວ່າແນວໃດ? 23

ມີໃຜແດ່ທີ່ສາມາດເປັນສະມາຊິກຂອງ My Choice Wisconsin ໄດ້? 24

ຂ້ອຍຈະເປັນສະມາຊິກໄດ້ແນວໃດ? 26

ພາກທີ 3. ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບການຮັບບໍລິການ 27

Family Care ດໍາເນີນການແນວໃດ? 27

ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕ້ອງມີຫຍັງແດ່? 29

ການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄັດເລືອກ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແນວໃດ? 30

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກຄວາມຕ້ອງການຂອງຂ້ອຍປ່ຽນແປງ? 32

ຂ້ອຍຈະໃຊ້ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ແນວໃດ? 32

Family Care ຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈັດການກັບບໍລິການຂອງທ່ານເອງໄດ້ແນວໃດ? 33

ການສະໜັບສະໜູນການກໍານົດດ້ວຍຕົວເອງແມ່ນຫຍັງ? 34

ໃນກໍລະນີສຸກເສີນຂ້ອຍຕ້ອງເຮັດແນວໃດ? 35

ຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລນອກໂມງລັດຖະການແນວໃດ? 36

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກຂ້ອຍຕ້ອງການເບິ່ງແຍງດູແລໃນເວລາທີ່ຂ້ອຍຢູ່ນອກພື້ນທີ່? 36

ພາກທີ 4. ແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດ Family Care 38

ມີການບໍລິການອັນໃດແດ່? 38

ຕາຕະລາງແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດຂອງ Family Care 40

ມີການບໍລິການອັນໃດແດ່ທີ່ບໍ່ມີໃຫ້? 43

ພາກທີ 5. ການທໍາຄວາມເຂົ້າໃຈວ່າໃຜຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການ ແລະ ການປະສານງານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ 45

ຂ້ອຍຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການບໍ? 45
ຂ້ອຍຈະຈ່າຍເງິນໄດ້ແນວໃດ? 47
ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າຫາກຂ້ອຍໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນສຳລັບການບໍລິການ? 48
Family Care ຈ່າຍເງິນສຳລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາບໍ? 48
Medicare ແລະ ຜົນປະໂຫຍດປະກັນໄພອື່ນໆຂອງຂ້ອຍປະສານງານກັນແນວໃດ? 49
estate recovery (ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ) ແມ່ນຫຍັງ? ມັນກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້ອຍແນວໃດ? 50
ພາກທີ 6. ສິດຂອງທ່ານ 52
ພາກທີ 7. ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ 57
ພາກທີ 8. ການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ 60
ຄຳແນະນຳ 60
ການຮ້ອງທຸກ 61
ການອຸທອນ 67
ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ 74
ແມ່ນໃຜຈະສາມາດຊ່ວຍຂ້ອຍໃນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນຂອງຂ້ອຍໄດ້? 78
ພາກທີ 9. ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຢູ່ໃນ My Choice Wisconsin 80
ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 82
1. ນິຍາມຂອງຄຳສັບທີ່ສຳຄັນ 82
2. ນິຍາມຂອງບໍລິການໃນແພັກເກັດ ຜົນປະໂຫຍດ Family Care 88
3. ການສະໝັກຂໍຫຼຸດສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ 95
4. ແຈ້ງການຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເປັນຜົນເສຍ 99
5. My Choice Wisconsin ແບບຟອມຂໍການອຸທອນ 103
6. ແບບຟອມສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ 105
7. ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ 108

ພາກທີ 1. ຂໍ້ມູນ ແລະ ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ຂອງ My Choice Wisconsin

My Choice Wisconsin, ອົງການການຈັດການການເບິ່ງແຍງດູແລ (MCO), ເຫັນຄຸນຄ່າຂອງຄໍາຄິດເຫັນ, ຄໍາແນະນໍາ ແລະ ຄໍາຖາມຂອງທ່ານ. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໄດ້ຕັ້ງແຕ່ເວລາ 8:00 am ຫາ 5:00 pm, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ຍົກເວັ້ນວັນພັກລັດຖະການ.

My Choice Wisconsin
ສໍານັກງານໃຫຍ່
10201 West Innovation Drive, Suite 100, Wauwatosa, WI 53226
ເບີໂທລະສັບ: 414-287-7600
ໂທຟີ: 800-963-0035
TTY:711
ໂທລະສານ: 414-287-7704

ອີເມລ: info@mychoicewi.org
ເວັບໄຊ້: www.mychoicewi.org

Dane County Office
1617 Sherman Ave
Madison, WI 53704
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-245-3077

Columbia County Office
1432 E Wisconsin St
Portage, WI 53901
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4759

Dodge County Office
1659 N Spring Suite 102
Beaver Dam, WI 53916
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4794

Eau Claire County Office
3430 Oakwood Mall Dr
Suite 300
Eau Claire, WI 54701
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 715-598-5367

Iowa County Office
123 N Iowa St
Dodgeville, WI 53533
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-383-6001

Jefferson County Office
37 S Water St East
Fort Atkinson, WI 53538
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4848

La Crosse County Office
700 3rd St. North, Suite LL8
La Crosse, WI 54601
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Racine County Office
1111 Commerce Drive
Mount Pleasant, WI 53406
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Sheboygan County Office
501 N. 8th Street, Suite 110
Sheboygan WI 53081
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Walworth County Office
47 S Wisconsin St, Ste C
Elkhorn, WI 53121
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-245-3419

Washington County Office
2364 W Washington St
West Bend, WI 53095
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4645

Waukesha County Office
N19 W24075 Riverwood Dr, Ste 110 & 150
Waukesha, WI 53188
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4708

Waushara County Office
203 S 16th Court
Wautoma, WI 54982
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4659

ການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼັງໂມງການ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ່ວນ ນອກໂທລັດຖະການ, ກະລຸນາໂທຫາສາຍດ່ວນ My Choice Wisconsin ຫຼັງຈາກໂມງການທີ່ເບີໂທຟຣີ **800-963-0035**. ທຸກສາຍໂທເຂົ້າຈະໄດ້ຮັບຄຳຕອບພາຍໃນ 30 ນາທີ.

ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງຕົກຢູ່ໃນພາວະສຸກເສີນ, ໂທ 911

ຊ່ບໍວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກ

ເຈົ້າໜ້າທີ່ດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກແມ່ນຜູ້ຊ່ວຍຊານໃນການອະທິບາຍສິດຂອງສະມາຊິກ. ພວກເຂົາພ້ອມຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຖ້າທ່ານມີຄຳຮ້ອງຮຽນທຸກຫຼືຄຳຮ້ອງທຸກ. ພວກເຂົາສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນຫຼືໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃນການຂໍອຸທອນການຕັດສິນທີ່ທີມງານຂອງທ່ານໄດ້ຕັດສິນໄປແລ້ວ.

ຊ່ວຍຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກ ຂອງ **My Choice Wisconsin**

ໂທລະສັບ: 1-800-963-0035 ext. 3448

ໂທລະສານ: 608-245-3821

https://mychoicewi.org/contact/grievances-appeals/

ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງຕົກຢູ່ໃນພາວະສຸກເສີນ, ໂທ 911

ລາຍຊື່ຕິດຕໍ່ທີ່ສຳຄັນອື່ນໆ

ການບໍລິການປົກປ້ອງຜູ້ໃຫຍ່

ທຸກໆເຂດມີຕົວແທນທີ່ຈະກວດສອບລາຍງານເຫດການລ່ວງລະເມີດ, ການປະປ່ອຍ, ການສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດທາງການເງິນ ແລະ ການປະປ່ອຍຕົນເອງ. ໂທຫາສາຍດ່ວນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຂດຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການລົມກັບຄົນໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບເຫດການທີ່ໜ້າສົງໄສວ່າເປັນການລ່ວງລະເມີດຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຢູ່ໃນຄວາມສ່ຽງ (ອາຍຸ 18 ເຖິງ 59 ປີ). ເພື່ອລາຍງານການລ່ວງລະເມີດຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 60 ປີ, ຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຢູ່ໃນກຸ່ມສ່ຽງໃນເຂດຂອງທ່ານ.

Adams County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 608-339-3304

Buffalo County Department of Health and Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-685-4412
After Hours Phone: 608-685-4433

Chippewa County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-726-7788
After Hours Phone: 715-726-7788

Clark County Department of Social Services
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 715-743-5233
After Hours Phone: 715-743-3157

Columbia County Aging and Disability Resource Center:
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 888-742-9233
After Hours Phone: 888-742-9233

Crawford County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-326-0248
After Hours Phone: 608-326-8414

Dane County Department of Human Services - Area Agency on Aging
Daytime Hours: 7:45 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-261-9933
After Hours Phone: 911

Dodge County Department of Health and Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 800-924-6407
After Hours Phone: 920-386-3726

Dunn County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-232-1116
After Hours Phone: 911

Eau Claire County Human Services Department
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-839-2300
After Hours Phone: 911 or 715-839-4972 for non-emergency

Grant County Department of Social Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-723-2136
After Hours Phone: 608-723-2157

Green County Human Service Department
Hours: 24 hours
Phone: 608-328-9499
After Hours Phone: 608-328-9393

Green Lake County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 920-294-4000

Iowa County Department of Social Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-930-9835
After Hours Phone: 608-935-3314

Jackson County Human Service Department
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-284-4301
Toll-Free: 877-498-6448
After Hours Phone: 800-500-3910

Jefferson County Human Services Department
24 Hour Hotline: 920-674-3105

Juneau County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-847-2400
After Hours Phone: 608-847-2400 or 608-847-6161

Kenosha County Center for Aging & Long-Term Care
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 262-605-6646
After Hours Phone: 262-657-7188

La Crosse County Human Services
Hours: 24 Hours
Daytime Phone: 608-785-5700
After Hours Phone: 608-784-4357

Lafayette County Department of Human Services
Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Phone: 608-776-4960
After Hours Phone: 608-776-4848

Marquette County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 608-297-2115

Milwaukee County Department of Health and Human Services
(Adults Aged 18-59)
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 414-289-6660
After Hours Phone: 414-289-6660

Milwaukee County Department on Aging
(Seniors aged 60 and older)
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 414-289-6874
After Hours Phone: 414-289-6874

Monroe County Human Service Department
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-269-8600
After Hours Phone: 888-552-6642

Ozaukee County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:30 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 262-284-8200 or
Metro Phone: 262-238-8200
After Hours Phone: 911

Pepin County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:30 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-672-8941
After Hours Phone: 715- 672-5944

Pierce County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 715-273-6780
After Hours Phone:715-273-5051 ext. 235

Racine County Human Service Department
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 262-638-6800
After Hours Phone: 262-638-6321

Richland County Health and Human Services
Daytime Hours: 8:30 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 608-647-4616 or 608-647-2106
After Hours Phone: 608-647-2106

Rock County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 855-741-3600
After Hours Phone: 855-741-3600

Sauk County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-355-4200
After Hours Phone: 800-533-5692

Sheboygan County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 920-467-4100
After Hours Phone: 911

St. Croix County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 715-381-4360
After Hours Phone: 911 or 715-651-4666

Taylor County Department of Human Services
Daytime Hours: 24 Hours
Daytime Phone: 262-741-3200
After Hours Phone: 262-741-3200

Trempealeau County Department of Health and Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-538-2311 x 290
After Hours Phone: 715-538-4351

Vernon County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-637-5210
After Hours Phone: 608-637-2123

Walworth County Department of Human Services
Hours: 24 Hours
Daytime Phone: 262-741-3200
After Hours Phone: 262-741-3200

Washington County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 262-335-4497
After Hours Phone: 911

Waukesha County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 262-548-7848
After Hours Phone: 211

Waushara County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 920-787-3321

Aging and Disability Resource Centers (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ)

Aging and disability resource centers (**ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ**, ADRC) ແມ່ນບ່ອນທໍາອິດທີ່ຕ້ອງໄປເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນກາງໃນທຸກໆດ້ານຂອງຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຍຸ ຫຼື ການໃຊ້ຊີວິດກັບຄວາມພິການ. ADRC ແມ່ນສະຖານທີ່ທີ່ເປັນມິດ ແລະ ຍິນດີຕ້ອນຮັບທຸກຄົນ—ບໍ່ວ່າຈະເປັນບຸກຄົນ, ຄອບຄົວ ຫຼື ເພື່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ເຮັດວຽກກ່ຽວກັບຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ພິການ—ສາມາດໄປຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເໝາະສົມກັບສະຖານະການຂອງພວກເຂົາໄດ້. ADRC ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ການບໍລິການ, ຊ່ວຍໃຫ້ຄົນເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບຕົວເລືອກການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະຍາວຂອງພວກເຂົາ ແລະ ຊ່ວຍພວກເຂົາໃນການສະໝັກເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໂຄງການຕ່າງໆ. ADRC ຢູ່ໃນຂອບເຂດການບໍລິການຂອງ My Choice Wisconsin ມີ:

ADRC of Adams, Green Lake, Waushara Counties
Toll-Free: 877-883-5378
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: jdille@co.green-lake.wi.us

Adams County Office:
108 E North St
P.O Box 619
Friendship, WI 53934

Green Lake County Office:
571 County Road A
P.O. Box 588
Green Lake, WI 54941

Waushara County Office:
209 S Ste Marie Street
P.O. Box 621
Wautoma, WI 54982

ADRC of Buffalo and Pepin Counties
Toll-Free: 866-578-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc-bcp@buffalocounty.com

Alma Office:
407 S. Second Street
Alma, WI 54610

Durand Office:
740 7th Avenue West
Durand, WI 54736

ADRC of Chippewa Counties
711 N Bridge St, Rm 118
Chippewa Falls, WI 54729
Toll-Free: 888-400-6920
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.chippewa.wi.us

ADRC of Clark County
517 Court St., Room 201
Neillsville, WI 54456
Toll-Free: 866-743-5144
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: clarkadrc@co.clark.wi.us

ADRC of Columbia County
111 E Mullett Street
Portage, WI 53901
Toll-Free: 888-742-9233
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.columbia.wi.us

ADRC of Eagle Country
(Serving Crawford, Juneau, Richland and Sauk Counties)
Toll-Free: 877-794-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

Baraboo Office
505 Broadway Street
Baraboo, WI 53913
Email: radrc@co.richland.wi.us

Mauston Office
200 Hickory Street
Mauston, WI 53948
Email: jcadrc@co.juneau.wi.us

Prairie du Chien Office
225 N. Beaumont Road, Suite 117
Prairie du Chien, WI 53821
Email: ccadrc@crawfordcountywi.org

Richland Center Office
221 W. Seminary Street
Richland Center, WI 53581
mail: resctr@co.richland.wi.us

ADRC of Dane County
2865 N. Sherman Avenue
Northside Town Center
Madison, WI 53704
Toll-Free: 855-417-6892
Phone: 608-240-7400
Fax: 608-240-7401
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: ADRC@countyofdane.com

ADRC of Dodge County
199 County Road DF, 3rd Floor
Juneau, WI 53039
Toll-Free: 800-924-6407
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: hsagingunit@co.dodge.wi.us

ADRC of Dunn County
3001 US Highway 12 East, Suite 160
Menomonie, WI 54751
Phone: 715-232-4006
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: dhs@co.dunn.wi.us

ADRC of Eau Claire County
721 Oxford Avenue, Room 1130
Eau Claire, WI 54703
Phone: 715-839-4735
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.eau-claire.wi.us

ADRC of Southwest Wisconsin
(Serving Grant, Green, Iowa and Lafayette Counties)
Toll-Free: 877-794-2372

Lancaster Office
8820 Hwy 35/61 South
Lancaster, WI 53813
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.grant.wi.gov

Monroe Office
N3152 State Road 81
Monroe, WI 53566
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: resourcecenter@gchsd.org

ADRC of Southwest Wisconsin - Cont

Dodgeville Office
303 W. Chapel Street
Dodgeville, WI 53533
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@iowacounty.org

Darlington Office
15701 County Road K
Darlington, WI 53530
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@lchsd.org

ADRC of Jackson County
420 Hwy 54 West
Black River Falls, WI 54615
Toll Free: 844-493-4245
TTY: WI Relay 711
Email: adrcjc@co.jackson.wi.us

ADRC of Jefferson County
1541 Annex Road
Jefferson, WI 53549
Toll-Free: 866-740-2372
TTY: WI Relay 711
Email: adrc@jeffersoncountywi.gov

ADRC of Kenosha County
8600 Sheridan Road, Suite 500
Kenosha, WI 53143
Toll-Free: 800-472-8008
TTY: 711
Email: adrc@kenoshacounty.org

ADRC of La Crosse County
300 4th Street North
La Crosse, WI 54601
Phone: 608-785-5700
Toll-Free: 800-500-3910
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@lacrossecounty.org

ADRC of Marquette County
482 Underwood Avenue
Montello, WI 53949
Toll-Free: 855-440-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.marquette.wi.us

Milwaukee County, Age 18-59
The Disability Resource Center of Milwaukee County
1220 W Vliet Street, Suite 300
Milwaukee, WI 53205
Toll-Free: 866-229-9695
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: DSD@milwaukeecountywi.gov

Milwaukee County, Age 60+
Aging Resource Center of Milwaukee County
1220 W. Vliet Street, Suite 302
Milwaukee, WI 53205
Toll-Free: 866-229-9695
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: agewebinfo@milwaukeecountywi.gov

ADRC of Monroe County
315 West Oak Street, Suite A
Sparta, WI 54656
Toll-Free: 888-339-7854
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.monroe.wi.us

ADRC of Ozaukee County
121 N Main Street
Port Washington, WI 53074
Toll-Free: 866-537-4261
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.ozaukee.wi.us

ADRC of Pierce County
412 W Kinne Street
Ellsworth, WI 54011
Toll-Free: 877-273-0804
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: piercdhs@co.pierce.wi.us

ADRC of Racine County
14200 Washington Ave.
Racine, WI 53177
Toll-Free: 866-219-1043
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@racinecounty.org

ADRC of Rock County
1900 Center Ave.
Janesville, WI 53546
Toll-Free: 855-741-3600
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.rock.wi.us

ADRC of Sheboygan County
650 Forest Avenue
Sheboygan Falls, WI 53085
Toll-Free: 800-596-1919
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.sheboygan.wi.us

ADRC of St Croix County
1752 Dorset Lane
New Richmond, WI 54017
Toll-Free: 800-372-2333
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrcinfo@sccwi.gov

ADRC of Taylor County
845 B East Broadway Street
Medford, WI 54451
Toll-Free: 800-699-6704
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: info@adrcofthenorthwoods.org

ADRC of Trempealeau County
36245 Main Street
Whitehall, WI 54773-0067
Toll-Free: 800-273-2001
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: resourcecenter@tremplocounty.com

ADRC of Vernon County
402 Courthouse Square, Banta Building
Viroqua, WI 54665
Toll-Free: 888-637-1323
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrcvc@vernoncounty.org

ADRC of Walworth County
1910 County Road NN
Elkhorn, WI 53121-1005
Toll-Free: 800-365-1587
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: walcoadrc@co.walworth.wi.us

ADRC of Washington County
333 East Washington Street
Suite 1000
West Bend, WI 53095
Toll-Free: 877-306-3030
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.washington.wi.us

ADRC of Waukesha County
514 Riverview Avenue
Waukesha, WI 53188
Phone: 262-741-3400
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@waukeshacounty.gov

ເຂົ້າເບິ່ງ www.dhs.wisconsin.gov/adrc ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ ADRC.

ໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ)

ombudsman (om-budz-man) (ຜູ້ກວດກາ) ໝາຍເຖິງຜູ້ສະໜັບສະໜູນທີ່ເປັນເອກະລາດ ຫຼື ຜູ້ຊ່ວຍທີ່ບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກກັບ My Choice Wisconsin. ທຸກໆຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ Family Care ສາມາດໄດ້ຮັບການ ຊ່ວຍເຫຼືອລ້າຈາກ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ). ໜ່ວຍງານທີ່ຕ້ອງຕິດຕໍ່ແມ່ນຂຶ້ນກັບອາຍຸຂອງສະມາຊິກ.

ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ, ຕິດຕໍ່:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
ໂທແບບບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015
TTY: 711
ແຟັກ: 608-246-7001
ອີເມວ: BOALTC@wisconsin.gov
longtermcare.wi.gov

ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ, ຕິດຕໍ່:

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
ໂທແບບບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778
TTY: 711
ແຟັກ: 833-635-1968
www.disabilityrightswi.org

ສະມາຄົມຄຸ້ມຄອງລາຍໄດ້

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານຄວາມປ່ຽນແປງໃນສະພາບການດໍາລົງຊີວິດ ຫຼື ດ້ານການເງິນຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ປີ. ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍບ້ານ, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານທີ່ຢູ່ໃໝ່ຂອງທ່ານ. ການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ມີຜົນຕັດສິນວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບສິດສໍາລັບ Medicaid ແລະ Family Care ຫຼືບໍ່. ລາຍງານການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ກັບສະມາຄົມຄຸ້ມຄອງລາຍໄດ້ ແລະ My Choice Wisconsin ໃນເຂດຂອງທ່ານ. ສະມາຄົມໃນ ເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາແມ່ນ:

Adams County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Buffalo County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Chippewa County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Clark County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Columbia County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Crawford County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Dane County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Dodge County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Dunn County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Eau Claire County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Grant County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Green County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Green Lake County
East Central Consortium
Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822

Iowa County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Jackson County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Jefferson County
Southern Consortium
Phone: 888-794-5780
Fax: 855-293-1822

Juneau County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Kenosha County
WKRP (Wisconsin's Kenosha, Racine Partnership)
Phone: 888-794-5820
Fax: 855-293-1822

La Crosse County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Lafayette County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Marquette County
East Central Consortium
Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822

Milwaukee County
Milwaukee Enrollment Services (MilES)
Phone: 888-947-6583
Fax: 888-409-1979

Monroe County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Ozaukee County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Pepin County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Pierce County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Racine County
WKRP (Wisconsin's Kenosha, Racine Partnership)
Phone: 888-794-5820
Fax: 855-293-1822

Richland County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Rock County
Southern Consortium
Phone: 888-794-5780
Fax: 855-293-1822

Sauk County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Sheboygan County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

St Croix County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Taylor County
Northern Income Maintenance Consortium
Phone: 888-794-5722
Fax: 855-293-1822

Trempealeau County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Vernon County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Walworth County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Washington County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Waukesha County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Waushara County
East Central Consortium
Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822

Wisconsin Medicaid (ForwardHealth)
ຖ້າຫາກທ່ານພົບບັນຫາໃນການນຳໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການ ຫຼື ສິ່ງຂອງທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດຂອງ Family Care (ເຊັ່ນ: ແວ່ນຕາ, ການໄປພົບທ່ານໝໍ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາຂອງແພດ), ໃຫ້ໂທຫາສາຍບໍລິການສະມາຊິກ ForwardHealth ແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່:

800-362-3002

ການລາຍງານການສໍ້ໂກງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາກລັດ
ການຫຼອກລວງໝາຍເຖິງການໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານຮູ້ວ່າທ່ານບໍ່ຄວນໄດ້ ຫຼື ການຊ່ວຍໃຫ້ຄົນອື່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານຮູ້ວ່າພວກເຂົາບໍ່ສົມຄວນໄດ້ຮັບ. ບຸກຄົນທີ່ກະທຳການສໍ້ໂກງສາມາດຖືກດຳເນີນຄະດີໄດ້. ຖ້າຫາກສານໄດ້ລະບຸວ່າບຸກຄົນນັ້ນໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຈາກການສໍ້ໂກງ, ສານຈະສັ່ງໃຫ້ບຸກຄົນນັ້ນຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດັ່ງກ່າວຄືນໃຫ້ແກ່ລັດ, ເພີ່ມເຕີມຈາກການລົງໂທດ.

ຖ້າຫາກທ່ານສົງໄສວ່າມີບາງຄົນໄດ້ໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອພາກລັດໄປໃນທາງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ລວມທັງ Family Care, ໃຫ້ໂທຫາສາຍດ່ວນເລື່ອງການສໍ້ໂກງ ຫຼື ຍື່ນການລາຍງານອອນລາຍໄດ້ທີ່:

877-865-3432
www.dhs.wisconsin.gov/fraud

Wisconsin FoodShare (ບັດ QUEST)
ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຂໍ້ກັງວົນກ່ຽວກັບ FoodShare ຫຼື ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຮູ້ກ່ຽວກັບຍອດເງິນຍັງເຫຼືອໃນບັດ FoodShare/QUEST ຂອງທ່ານ ຫຼື ເພື່ອລາຍງານບັດ QUEST ເສຍ ຫຼື ຖືກລັກ, ໃຫ້ໂທຫາສາຍບໍລິການລູກຄ້າ FoodShare ໂທເກັບເງິນປາຍທາງໄດ້ທີ່ເບີ:

877-415-5164

Wisconsin Division of Quality Assurance (ພະແນກການປະກັນຄຸນນະພາບຂອງລັດ ວິສຄອນຊິນ)
ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ຕົວແທນ ຫຼື ເຈົ້າຂອງອາຄານໄດ້ລະເມີດກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງ, ທ່ານມີສິດໃນການຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບ Wisconsin Division of Quality

Assurance (ພະແນກການປະກັນຄຸນນະພາບຂອງລັດວິສຄອນຊິນ). ໃນເວລາທີ່ຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ທ່ານອາດຈະຖືກສອບຖາມກ່ຽວກັບເຂດທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ. ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ໂທ:

800-642-6552

ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາອິດສະຫຼະ ທີ່ ສຳນັກທີ່ປຶກສາເພື່ອສິດຂອງຜູ້ພິການ ປະຈຳ ວິຊ໌ຄອນຊິນ
ຖ້າທ່ານກຳລັງຊອກຫາການຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອຈະຜ່ານຜ່າອຸປະສັກ ນຳໄປສູ່ອິດສະຫຼະພາບແລະກຳລັງຊອກຫາການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາຍໃນຊຸມຊົນ, ໃຫ້ໂທຫາ ສຳນັກທີ່ປຶກສາເພື່ອສິດຂອງຜູ້ພິການ. ພວກເຂົາຈະເຮັດວຽກ ໂຕ-ຕໍ່-ໂຕ ກັບບຸກຄົນ ເພື່ອກຳນົດເປົ້າໝາຍແລະບັນລຸການປ່ຽນແປງໃນທາງບວກ. ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຂົາໄດ້ທີ່:

414-773-4646

ພາກທີ 2. ການຕ້ອນຮັບ ແລະ ຄຳແນະນຳ

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ My Choice Wisconsin

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ My Choice Wisconsin, ອົງກອນການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ດຳເນີນງານ ໂຄງການ Family Care. Family Care ແມ່ນໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງ Medicaid ທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ ໃຫຍ່ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ການພັດທະນາ ຫຼື ຄວາມຮັບຮູ້. ຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນ ໂຄງການນີ້ໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຊ່ວຍພວກເຂົາອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງພວກເຂົາເມື່ອເປັນໄປໄດ້. Family Care ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລາຍຮັບອາກອນຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອ:

- ເຂົ້າໃຈພື້ນຖານຂອງ Family Care.
- ສ້າງຄວາມລຶ້ງເຄີຍກັບບໍລິການໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ເຂົ້າໃຈເຖິງສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ Family Care.
- ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳອຸທອນ, ຖ້າຫາກທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການທົບທວນຂໍ້ມູນໃນປຶ້ມຄູ່ມືນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານມີຢູ່ດ້ານໃນໜ້າປົກຂອງປຶ້ມຄູ່ມືສະບັບນີ້

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຄຳວ່າ "ທ່ານ" ແລະ "ຂອງທ່ານ" ໃນເອກະສານນີ້ໝາຍເຖິງ*ຕົວທ່ານ*, ທີ່ເປັນ*ສະມາຊິກ*. " ທ່ານ" ແລະ "ຂອງທ່ານ" ຍັງອາດໝາຍເຖິງຜູ້ມີອຳນາດຕັດສິນທາງກົດໝາຍຂອງທ່ານເຊັ່ນ: ຜູ້ປົກຄອງທາງກົດໝາຍ ຫຼື ເອກະສານມອບສິດທີ່ໃຫ້ນຳໃຊ້.

ໃນຕອນທ້າຍຂອງເອກະສານສະບັບນີ້ (ໜ້າ 64) ແມ່ນນິຍາມຂອງຄຳສັບທີ່ສຳຄັນ. ນິຍາມເຫຼົ່ານີ້ສາມາດ ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈຄຳສັບ ແລະ ວະລີທີ່ຖືກໃຊ້ເລື້ອຍໆຢູ່ໃນປຶ້ມຄູ່ມືສະບັບນີ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຍັງບໍ່ທັນເປັນສະມາຊິກ ແລະ ມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມ Family Care ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ aging and disability resource center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄົນພິການ) (ADRC) ໃນເຂດຂອງທ່ານ. ADRC ໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຊ່ວຍຜູ້ຄົນສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆ. ADRC ແມ່ນໜ່ວຍງານແຍກຕ່າງຫາກ. ມັນບໍ່

ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງ My Choice Wisconsin. ADRC ພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ, ເຖິງວ່າທ່ານຈະຕັດສິນໃຈເປັນສະມາຊິກຂອງ Family Care ຫຼືບໍ່. ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບ ADRC ຂອງທ່ານສາມາດເບິ່ງໄດ້ໃນໜ້າໜ້າ 12.

ໂຄງການ Family Care ຈະສາມາດຊ່ວຍຂ້ອຍໄດ້ແນວໃດ?

ເປົ້າໝາຍຫຼັກຂອງ Family Care ແມ່ນເພື່ອຮັບປະກັນວ່າທ່ານປອດ ໄພ ແລະ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ເຮືອນ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຕົນເອງ ຫຼື ເຮືອນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ທ່ານມີອຳນາດເໜືອຊີວິດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈໄດ້ວ່າຈະສິ່ງໃດໃນເວ ລາໃດເຊັ່ນ: ເວລາທີ່ທ່ານຈະຕື່ນນອນ ແລະ ກິນອາຫານ ແລະ ວິທີ ການວາງ ແຜນປະຈຳວັນຂອງທ່ານ.

ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ Family Care, My Choice Wisconsin ຈະ ລົມກັບທ່ານກ່ຽວກັບບໍລິການໃດທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໃຊ້ຊີວິດຢ່າງເປັນເອກະລາດໄດ້ຫຼາຍທີ່ສຸດ. ຊ່ວຍໃນການອາບນ້ຳ, ເດີນທາງ, ອະນາໄມ ເຮືອນ ແລະ ການສົ່ງອາຫານຮອດບ້ານແມ່ນບໍລິການທີ່ພວກເຮົາມີ ໃຫ້. ບໍລິການອາດຈະລວມມີການສ້າງທາງເຂົ້າສຳລັບລົດເຂັນ ຫຼື ການນຳໃຊ້ລະບົບແຈ້ງເຕືອນທາງການແພດ. (ເບິ່ງພາກທີ 4 ສຳລັບລາຍການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທັງໝົດ.)

Family Care ໃຫ້ການຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ບໍລິການຕ່າງໆທີ່ຖືກອອກແບບມາເພື່ອໃຫ້ບັນລຸຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອໃຫ້ມີສຸຂະພາບທີ່ແຂງແຮງ ແລະ ປອດໄພ. ພວກເຮົາຍັງຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຮັກສາສາຍສຳພັນກັບຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ຊຸມຊົນຂອງທ່ານ.

Family Care:

- ສາມາດປັບປຸງ ຫຼື ຮັກສາຄຸນນະພາບຊີວິດຂອງທ່ານ.
- ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານອາໄສຢູ່ໃນ ເຮືອນ ຫຼື ອາພາດເມັ້ນຂອງທ່ານເອງໄດ້ໃນທ່າມກາງ ຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ.
- ໃຫ້ທ່ານມີສ່ວນຮ່ວມໃນ ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບ ການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ການບໍລິການຂອງທ່ານ.
- ເພີ່ມອິດສະຫຼະພາບໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ກຳລັງກະກຽມຈະຍ້າຍອອກມາຢູ່ເອງ, My Choice Wisconsin ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ ທ່ານເປັນອິດສະຫຼະໄດ້ຫຼາຍຂຶ້ນ. ຕົວຢ່າງ: ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານພັດທະນາທັກສະເພື່ອຊອກວຽກ ຫຼື ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການກຽມອາຫານເອງ.

ແມ່ນໃຜຈະຊ່ວຍຂ້ອຍ?

ໃນເວລາທີ່ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງ Family Care , ທ່ານຈະເຮັດວຽກກັບທີມຜູ້ຊ່ຽວຊານຈາກ My Choice Wisconsin. ທ່ານເປັນຈຸດສູນກາງຂອງທີມງານທີ່ ເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານຄວນເຂົ້າຮ່ວມໃນທຸກໆພາກສ່ວນ ຂອງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຈະລວມມີທ່ານເອງ ແລະ:

- ພະຍາບານມີທະບຽນ
- ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະຫຼື ຫົວໜ້າການເບິ່ງແຍງດູແລ.
- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານອື່ນໆ, ຂຶ້ນກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານເຊັ່ນ: ຜູ້ປິ່ນປົວທາງດ້ານອາຊີບ ຫຼື ດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຈິດ.
- ຄົນອື່ນທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ, ລວມທັງສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ.

ໜ້າທີ່ຂອງທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານແມ່ນການເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທ່ານເພື່ອ:

- ລະບຸຈຸດແຂງ, ຊັບພະຍາກອນ, ຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຄວາມພໍໃຈຂອງທ່ານ.
- ສ້າງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານທີ່ລວມມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.
- ຮັບປະກັນວ່າໄດ້ໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານຕາມແຜນທີ່ໄດ້ວາງໄວ້.
- ຮັບປະກັນວ່າບໍລິການ Family Care ທີ່ສະໜອງ ໃຫ້ນັ້ນຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ມີປະສິດທິພາບ.
- ຮັບປະກັນວ່າໄດ້ສືບຕໍ່ປະຕິບັດຕາມແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລແກ່ທ່ານ.

ບອກໃຫ້ທີມງານຂອງທ່ານຮູ້ວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດຳເນີນງານໃນຂັ້ນຕອນຕ່າງໆຫຼືບໍ່.

Family Care ບໍ່ໄດ້ມາແທນທີ່ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຈາກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຄົນອື່ນໆໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ. My Choice Wisconsin ສະໜັບສະໜູນໃຫ້ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ຄົນທີ່ສຳຄັນກັບ ທ່ານໃຫ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະຮ່ວມມືກັບທ່ານເພື່ອສ້າງຄວາມສຳພັນທີ່ສຳຄັນເຫຼົ່ານີ້. ພວກເຮົາຍັງສາມາດຊ່ວຍຊອກຫາຂໍ້ມູນໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ເຊັ່ນ: ຫໍ ສະໝຸດ, ສູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ໂບດ.

ພວກຍັງເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການເສີມສ້າງເຄືອຂ່າຍສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານໃຫ້ເຂັ້ມແຂງຕື່ມໃນເມື່ອຈຳເປັນ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກຄົນທີ່ຊ່ວຍທ່ານຕ້ອງການພັກຜ່ອນ. ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບໍລິການຜ່ອນຜັນໄດ້.

ການຜ່ອນຜັນໃຫ້ການພັກຜ່ອນຊົ່ວຄາວແກ່ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ເວລາແກ່ພວກເຂົາໃນການພັກຜ່ອນ ແລະ ຮັກສາສຸຂະພາບຂອງພວກເຂົາ.

ການເປັນສະມາຊິກໝາຍຄວາມວ່າແນວໃດ?

ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງໂຄງການ Family Care ຂອງ My Choice Wisconsin, ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງ ແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະເຮັດວຽກຮ່ວມກັນເພື່ອກຳນົດວິຖີຊີວິດ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຊອກຫາທາງເລືອກທີ່ດີທີ່ສຸດຮ່ວມກັນເພື່ອສະໜັບສະໜູນ ທ່ານ.

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານຜ່ານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ My Choice Wisconsin. ໃນ ເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ Family Care, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນກັບທ່ານກ່ຽວກັບວິທີຊອກຫາລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຕົກລົງເຮັດວຽກກັບພວກເຮົາ. ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະເຮັດວຽກ ຮ່ວມກັນເພື່ອເລືອກຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ສາມາດສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ.

My Choice Wisconsin ເຊື່ອວ່າສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາຄວນໄດ້ຮັບທາງເລືອກສ່ວນຕົວໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບ ການບໍລິການ. ທາງເລືອກໝາຍເຖິງການອອກຄຳເຫັນກ່ຽວກັບວິທີ ແລະ ເວລາຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ. ການ ເປັນສະມາຊິກ ແລະ ການມີຕົວເລືອກສ່ວນບຸກຄົນຍັງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການ ຊ່ວຍເຫຼືອທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໃນການຊອກຫາວິທີທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

My Choice Wisconsin ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການປະຊຸມເລື່ອງຄວາມຕ້ອງການໃນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ຂອງສະມາຊິກທັງໝົດຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຈະສາມາດເຮັດໄດ້ກໍຕໍ່ເມື່ອສະມາຊິກທຸກຄົນຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການປັບປຸງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ເໝາະສົມ, ແຕ່ຍັງສົມເຫດສົມຜົນ ແລະ ຄຸ້ມຄ່ານຳອີກ. ພວກເຮົາຈະໝັ້ນໃຈ ໄດ້ວ່າ Family Care ຍັງສືບຕໍ່ໃຫ້ບໍລິການແກ່ຄົນທີ່ຕ້ອງການບໍລິການຂອງເຮົາ, ດ້ວຍການເຮັດວຽກຮ່ວມກັນ.

ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ໃຊ້ບໍລິການກັບຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລດ້ານການແພດໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ (ຕົວຢ່າງ: ແພດທົ່ວໄປ, ແພດຮັກສາຕີນ, ທັນຕະແພດ ແລະ ໝໍນວດ), ໂຮງໝໍ, ຄລີນິກ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ. ໂຄງການ My Choice Wisconsin's **Family Care** ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້. ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຈ່າຍເງິນໃຫ້ໂດຍປະກັນໄພປະເພດອື່ນ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະ ຊ່ວຍປະສານງານການບໍລິການ Family Care ຂອງທ່ານກັບບໍລິການຈາກທ່ານໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງ ການແພດອື່ນໆ.

ມີໃຜແດ່ທີ່ສາມາດເປັນສະມາຊິກຂອງ My Choice Wisconsin ໄດ້?

ການເປັນສະມາຊິກແມ່ນເປັນການສະໝັກໃຈ. ມັນເປັນທາງເລືອກຂອງທ່ານວ່າຈະເຂົ້າຮ່ວມກັບ My Choice Wisconsin ຫຼືບໍ່. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກພວກ ເຮົາທ່ານຕ້ອງສາມາດບັນລຸຂໍ້ກໍານົດທັງໝົດດັ່ງຕໍ່ ໄປນີ້:

- ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມພິການດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ພັດທະນາການ/ການຮັບຮູ້ ຫຼື ເປັນຄົນທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 65 ປີ.
- ເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງໜຶ່ງໃນພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ (ເບິ່ງລາຍຊື່ຢູ່ລຸ່ມນີ້).
- ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການເງິນຈາກ Medicaid.
- ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຄົບຖ້ວນຕາມກໍານົດໂດຍ Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (ການກວດສອບຄວາມສາມາດເຮັດວຽກສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງຜູ້ສູງອາຍຸໃນລັດວິສຄອນຊິນ).
- ເຊັນແບບຟອມການສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມ.

ພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາລວມເອົາເຂດເຫຼົ່ານີ້ໃນລັດ Wisconsin:

Adams	Iowa	Racine
Buffalo	Jackson	Richland
Chippewa	Jefferson	Rock
Clark	Juneau	Sauk
Columbia	Kenosha	Sheboygan
Crawford	La Crosse	St Croix
Dane	Lafayette	Taylor
Dodge	Marquette	Trempealeau
Dunn	Milwaukee	Vernon
Eau Claire	Monroe	Walworth
Grant	Ozaukee	Washington
Green	Pepin	Waukesha
Green Lake	Pierce	Waushara

ຖ້າຫາກທ່ານວາງແຜນທີ່ຈະຍ້າຍອອກຈາກເຂດໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງທີມງານດູແລແລະປ່ຽນແປງຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ທີມງານດູແລແລະປ່ຽນແປງຂອງທ່ານມີຢູ່ດ້ານໃນໜ້າປົກຂອງປື້ມຄູ່ມືສະບັບນີ້. ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍອອກໄປຢູ່ນອກເຂດການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ສາມາດສືບຕໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ My Choice Wisconsin *ໄດ້*.

ເມື່ອທ່ານໄດ້ເປັນສະມາຊິກແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ປະຕິບັດໃຫ້ໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເຮັດວຽກ ແລະ ການເງິນເພື່ອສືບຕໍ່ໃຫ້ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ.

- ການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໝາຍເຖິງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid (ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ Medical Assistance, MA ຫຼື Title 19). ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍໄດ້ປະເມີນລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນ ຂອງບຸກຄົນເພື່ອລະບຸວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີສິດສຳລັບ Medicaid ຫຼືບໍ່. ບາງຄັ້ງ, ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ສະມາຊິກຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຮ່ວມກັບບໍລິການທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບ. ນີ້ເອີ້ນວ່າ "ສ່ວນ ແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ" ແລະ ມັນຕ້ອງຖືກຈ່າຍເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Family Care. ຖ້າຫາກທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ພະນັກງານຈາກ ADRC ຈະລົມກັບທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຕັດສິນໃຈເຂົ້າຮ່ວມ. ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍໄດ້ຈະທົບທວນສິດດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ ແລະ ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີເພື່ອກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຍັງມີສິດດ້ານການເງິນ ກັບ Family Care ຢູ່.
- ການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເຄື່ອນໄຫວກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການຂອງບຸກ ຄົນສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເຊັ່ນ: ການອາບນໍ້າ, ແຕ່ງຕົວ ແລະ ການນຳໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າ. ADRC ສາມາດບອກທ່ານໄດ້ວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດດ້ານການເຄື່ອນໄຫວສຳລັບ Family Care ຫຼືບໍ່. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະກວດສອບເບິ່ງການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເຄື່ອນໄຫວຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຍັງມີສິດຢູ່.

ຂ້ອຍຈະເປັນສະມາຊິກໄດ້ແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ເປັນສະມາຊິກ, ແຕ່ສົນໃຈທີ່ຈະສະໝັກເປັນສະມາຊິກຂອງ My Choice Wisconsin, ກະລຸນາໂທ ຫຼື ໄປຫາ ADRC ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງ ADRC ທ່ານສາມາດເບິ່ງໄດ້ໃນໜ້າ 12.

ADRC ຈະຊ່ວຍປະເມີນລະດັບຄວາມຕ້ອງການການບໍລິການຂອງທ່ານ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຍັງມີສິດສຳ ລັບ Family Care ຢູ່. ພວກເຂົາຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບໂຄງການອື່ນໆທີ່ມີໃຫ້ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານເລືອກ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ ແລະ ໂຄງການທີ່ເໝາະສົມທີ່ສຸດກັບທ່ານ.

ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມ, ADRC ຈະຂໍໃຫ້ທ່ານ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ.
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນຂອງທ່ານ.
- ເຊັນແບບຟອມ "ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ" ກ່ຽວກັບບັນທຶກການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.
- ຕື່ມ ແລະ ເຊັນແບບຟອມການສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມ.

ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງຕ້ອງພົບພັນກັບພະນັກງານຮັກສາລາຍຮັບ. ບຸກຄົນນີ້ຈະກຳນົດວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການເງິນສຳລັບ Family Care ຫຼືບໍ່.

Family Care ດ□າເນີນການແນວໃດ?

ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ Family Care, ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະປະເມີນຄວາມຕ້ອງ ການ, ຄວາມແຂງແຮງ ແລະ ຄວາມພໍໃຈຂອງທ່ານ. ສ່ວນໜຶ່ງຂອງຂັ້ນຕອນນີ້ແມ່ນເພື່ອໃຫ້ທ່ານບອກກັບທີມງານຂອງທ່ານ ເວ ີ ່ ຮງວ ິ ທ ີ ການໃຊ້ຊີວິດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອໃຫ້ໄດ້ໃຊ້ຊີວິດແບບນັ້ນ. ສິ່ງນີ້ເຮັດໃຫ້ທີມງານຂອງທ່ານເຂົ້າໃຈທີ່ຈະແຈ້ງຕໍ່ກັບສິ່ງທີ່ສຳຄັນກັບທ່ານ.

ລະບຸຜົນໄດ້ຮັບຈາກປະສົບການສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ

ໃນລະຫວ່າງການປະເມີນ, ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຈະຊ່ວຍທ່ານລະບຸຜົນໄດ້ຮັບຈາກປະສົບການສ່ວນຕົວ ຂອງ ທ່ານ. ຜົນໄດ້ຮັບເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນເປົ້າໝາຍທີ່ທ່ານມີຕໍ່ກັບຊີວິດຂອງຕົນເອງ ແລະ ພວກມັນລວມມີ:

- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ:
  - ຈະອາໄສຢູ່ກັບໃຜ ແລະ ບ່ອນໃດ
  - ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການທີ່ຕ້ອງການ ແລະ ໃຜເປັນຄົນໃຫ້ບໍລິການ
  - ກິດຈະວັດປະຈຳວັນຂອງທ່ານ
- ປະສົບການສ່ວນຕົວມີ:
  - ການພ ົວພັນກັບຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ
  - ວຽກ ຫຼື ກິດຈະກຳອື່ນໆທີ່ມີຄວາມໝາຍ
  - ການມີສ່ວນຮ່ວມໃນຊຸມຊົນ
  - ຄວາມໝັ້ນຄົງ
  - ຄວາມເຄົາລ ົບນ ັບຖ ື ແລະ ຄວາມເປັນທຳ
  - ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ
- ສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພ - ຢູ່ຢ່າງ:
  - ມ ີສ ຸຂະພາບແຂງແຮງ
  - ປອດໄພ
  - ປາສະຈາກການລ່ວງລະເມີດ ແລະ ການປະປ່ອຍ

ມີພຽງແຕ່ທ່ານເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດບອກກັບທີມງານໄດ້ວ່າແມ່ນຫຍັງສຳຄັນສຳລັບທ່ານ. ທ່ານເປັນຄົນກຳນົດວ່າ ຜົນໄດ້ຮັບເຫຼົ່ານີ້ມີຄວາມໝາຍຕໍ່ທ່ານ ແລະ ຊີວິດຂອງທ່ານແນວໃດ. ຕົວຢ່າງ: ຄົນໆໜຶ່ງອາດຈະຕ້ອງການ:

- ມີສຸຂະພາບແຂງແຮງພຽງພໍເພື່ອໃຫ້ໄປທ່ຽວຫຼິ້ນກັບຫຼານ.
- ມີວຽກເຮັດງານທຳ.
- ມີເອກະລາດພຽງພໍທີ່ຈະອາໄສຢູ່ໃນອາພາດເມັ້ນຂອງຕົນເອງໄດ້.

ທ່ານມີສິດໃນການຄາດຫວັງວ່າທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະເຮັດວຽກຮ່ວມກັນກັບທ່ານເພື່ອກຳນົດຜົນໄດ້ຮັບຈາກປະສົບການສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ກ່ອນ My Choice Wisconsin ຊື້ບໍລິການໃຫ້ແກ່ທ່ານ, ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລ ຂອງທ່ານຕ້ອງພິຈາລະນາວ່າ ການບໍລິການໃດສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ ແລະ ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດ. ນີ້ບໍ່ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າ My Choice Wisconsin ຈະໃຫ້ການບໍລິການເພື່ອຊ່ວຍທ່ານບັນລຸຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.
ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດເພື່ອຕົວເອງ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຈາກໝູ່ເພື່ອນ, ຄອບຄົວ ແລະ ຄົນອື່ນໆຈະເປັນສ່ວນທີ່ສຳຄັນໃນແຜນການການສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.

ລະບຸຜົນໄດ້ຮັບຈາກການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ

ໃນໄລຍະຂັ້ນຕອນຂອງການປະເມີນຜົນ, ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຍັງຈະກຳນົດຜົນໄດ້ຮັບ**ຈາກ**ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະຍາວ ຂອງທ່ານ. ສິ່ງນີ້ຈະຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ທີມງານຂອງທ່ານໃຫ້ຮູ້ວ່າການບໍລິການໃດທີ່ຈະເໝາະ ສົມກັບຄວາມຕ້ອງການໃນການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ. ຜົນໄດ້ຮັບຈາກການເບິ່ງແຍງດູແລ ໄລຍະຍາວແມ່ນສິ່ງຕ່າງໆທີ່ **Family Care** ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ທ່ານບັນລຸຜົນການໃຊ້ຊີວິດໃນແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້. ຕົວຢ່າງ:

- ສາມາດບັນລຸຄວາມຕ້ອງການໃນແຕ່ລະມື້
- ໄດ້ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອໃຫ້ຢູ່ໄດ້ຢ່າງປອດໄພ, ແຂງແຮງ ແລະ ເປັນເອກະລາດທີ່ສຸດ

ການມີສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມຸ່ງຄວາມສົນໃຈຕໍ່ກັບຄົນ ແລະ ກິດຈະກຳທີ່ສຳຄັນກັບທ່ານທີ່ສຸດ. ຕົວຢ່າງ: ການໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແຕ່ງຕົວ ຫຼື ອາບນ້ຳຍັງຊ່ວຍໃຫ້ບຸກຄົນນັ້ນຮູ້ສຶກດີພໍຈົນອາດຈະໄປເຮັດວຽກ ຫຼື ຢ້ຽມຢາມຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນໄດ້.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະປັບປຸງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານກ້າວໄປສູ່ຜົນໄດ້ຮັບທີ່ທ່ານ ແລະ ທີມຂອງທ່ານກຳນົດໄວ້ໃນຂັ້ນຕອນການປະເມີນ.

ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕ້ອງມີຫຍັງແດ່?

ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະລວມມີ ແລະ ມີຄວາມຊັດເຈນກ່ຽວກັບ:

- ຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຮ່າງກາຍຂອງທ່ານ ແລະ ຄວາມສາມາດຂອງທ່ານໃນການດໍາເນີນງານ ແລະ ກິດຈະກໍາ (ເຊັ່ນ: ການຮັບປະທານອາຫານ ແລະ ການແຕ່ງຕົວ).
- ຈຸດແຂງ ແລະ ຄວາມພໍໃຈຂອງທ່ານ.
- ຜົນໄດ້ຮັບຈາກປະສົບການສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ.
- ຜົນໄດ້ຮັບຈາກການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.
- ບໍລິການທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ.
- ຄົນຜູ້ທີ່ຈະໃຫ້ບໍລິການແຕ່ລະຢ່າງ.
- ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ດ້ວຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ແຫຼ່ງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສ້າງແຜນການນັ້ນ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບສໍາເນົາຂອງແຜນການທີ່ໄດ້ລົງລາຍເຊັນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບ ແຜນຂອງທ່ານ, ມີຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. (ເບິ່ງພາກທີ 8 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.)

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານເປັນປົກກະຕິເພື່ອປຶກສາກັບທ່ານກ່ຽວກັບການເປັນຢູ່ຂອງທ່ານ ແລະ ກວດເບິ່ງວ່າການບໍລິການນີ້ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານຫຼືບໍ່. ທີມງານຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ໄປພົບກັບທ່ານແບບບຸກຄົນຢ່າງໜ້ອຍທຸກໆສາມເດືອນ. ທີມງານຂອງທ່ານອາດຈະໄປພົບກັບທ່ານເລື້ອຍໆ, ຖ້າຫາກມີຄວາມຈໍາເປັນຕ້ອງໄປພົບເລື້ອຍໆ.

ການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄັດເລືອກ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແນວໃດ?

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຕ້ອງອະນຸມັດການບໍລິການທຸກຢ່າງກ່ອນທ່ານຈະ ໄດ້ຮັບການບໍລິການນັ້ນ. My Choice Wisconsin ບໍ່ໄດ້ກໍານົດໃຫ້ທ່ານຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໂດຍປາສະຈາກການອະນຸມັດລ່ວງ ໜ້າຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຫາກທ່ານຈັດການບໍລິການດ້ວຍຕົນເອງໂດຍປາສະຈາກການອະນຸມັດຈາກທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ. ກະລຸນາປຶກສາກັບທີມງານຂອງ ທ່ານຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການບໍລິການທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກທ່ານພິຈາລະນາວ່າຈະຍ້າຍເຂົ້າບ້ານພັກຄົນສະລາ ຫຼື ສະຖານທີ່ພັກຟື້ນ, My Choice Wisconsin ຈະອະນຸຍາດສະ ເພາະບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສໃນບາງສະຖານະການເທົ່ານັ້ນ. ເບິ່ງໜ້າທີ 40 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

My Choice Wisconsin ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, ແຕ່ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງພິຈາລະນາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເວລາວາງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພື່ອໃຫ້ກົງກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ. ເພື່ອຈະເຮັດແບບນີ້, ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະໃຊ້ຂະບວນການ Resource Allocation Decision (ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຈັດສັນຊັບພະ ຍາກອນ) (RAD) ເປັນຄູ່ມືໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການບໍລິການ.

> **ກົດລະບຽບທົ່ວໄປສໍາລັບການບໍລິການ**
>
> ໂດຍປົກກະຕິພວກເຮົາຈະຄອບຄຸມ ການບໍລິການຂອງທ່ານຕາບເທົ່າທີ່:
>
> - ການບໍລິການຢູ່ໃນແພັກເກັດເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ Family Care (ເບິ່ງໜ້າທີ 32).
> - ການບໍລິການສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ ຮັບການຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະ ຍາວຂອງທ່ານ.
> - ການບໍລິການແມ່ນວິທີທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດ ໃນການສະໜັບສະໜູນຄວາມ ຕ້ອງການຂອງທ່ານ.
> - ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ລວມຢູ່ໃນແຜນ ການການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ.
> - ການບໍລິການໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ.

ກ່ຽວກັບຂະບວນການ Resource Allocation Decision (ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຈັດສັນຊັບພະຍາກອນ) (RAD)

ຂະບວນການ RAD ແມ່ນເຄື່ອງມືຕາມຂັ້ນຕອນທີ່ທ່ານ ແລະ ທີມງານຂອງທ່ານນໍາໃຊ້ເພື່ອຊອກຫາວິທີທີ່ມີປະ ສິດທິພາບ ແລະ ມີປະສິດທິຜົນທີ່ສຸດເພື່ອໃຫ້ບັນລຸຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ ຮັບໃນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.

ຄວາມຄຸ້ມຄ່າແມ່ນພາກສ່ວນສຳຄັນຂອງ RAD. ຄວາມຄຸ້ມຄ່າໝາຍເຖິງການສະໜັບສະໜ , ນຜົນໄດ້ຮັບໃນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານດ້ວຍຄວາມພະຍາຍາມ ແລະ ລາຄາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິ ການສອງຄົນສະເໜີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, My Choice Wisconsin ຈະຊື້ບໍລິການທີ່ເໝາະສົມ ກວ່າ.

ທ່ານມີສິດໃນທ ິ ່ ຈະຮູ້ ແລະ ເຂົ້າໃຈຕໍ່ກັບທາງເລືອກທັງໝົດຂອງທ່ານ, ລວມເຖິງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆ. ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານແມ່ນເພື່ອປຶກສາກັບທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານກ່ຽວກັບທາງເລືອກເຫຼົ່ານັ້ນເພື່ອທີ່ພວກ ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນໄດ້. ນີ້ລວມເຖິງການຖາມຄຳຖາມ ແລະ ແບ່ງປັນຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານ.

ໃນລະຫວ່າງຂະບວນການ RAD , ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະລົມກ່ຽວການກັບບໍລິການທີ່ທ່ານ ຕ້ອງການ. ພວກທ່ານຈະຮ່ວມກັນສຳຫຼວດທາງເລືອກທີ່ມີເພື່ອຕອບສະໜອງຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ. ນີ້ລວມເຖິງການປ ຶ ກສາກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ເພື່ອນ, ຄອບຄົວ ຫຼື ຄົນອື່ນຈະສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ໃນຫຼາຍໆຄັ້ງ, ທ່ານສາມາດບັນລຸຜົນໄດ້ຮັບຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງໂດຍປາສະຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງຫຼວງຫຼາຍ ຈາກ My Choice Wisconsin ຍ້ອນຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຄົນອື່ນໆສາມາດ ແລະ ເລືອກທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານ.

My Choice Wisconsin ຊື້ການບໍລິການທີ່ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກທ່ານເອງບໍ່ສາມາດຈັດຫາໃຫ້ໄດ້.

ເປົ້າໝາຍຂອງພວກເຮົາແມ່ນເພື່ອຊ ່ ວຍເຫ ຼ ືອຫ , ນຜ ູ ້ ຄົນໃນຊີວິດຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ໄດ້ເລືອກທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຢ ູ ່ ແລ ້ ວ.

"ການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງເປັນທຳມະຊາດ" ເຫຼົ່ານີ້ຈະຮັກສາຄົນທີ່ມ ີ ຄວາມສຳຄັນກັບທ່ານໄວ ້ ໃນຊີວິດຂອງທ ່ ານແຕ ່ ລະມ ື ້ . ການອາໄສຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍເສີມສ້າງຄວາມສຳພັນທີ່ມີຄ່າ ເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ຊ່ວຍ My Choice Wisconsin ຈ່າຍເງິນຄ່າການບໍລິການໃນກ ໍ ລະນ ີ ທ ີ ່ ຈຳເປ ັ ນ...

ໃນຕອນທ້າຍຂອງຂະບວນການ RAD , ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະປ ຶ ກສາຫາລ ື ກ່ຽວກັບວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຄວບຄຸມຊີວິດຂອງທ່ານ ແລະ ຖ້າຫາກທ່ານສົນໃຈໃນການກຳນົດທິດທາງຊີວິດຂອງທ່ານ.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການເພື່ອເຫ ຼ ືອຊ່ວຍທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕ້ອງເຊັນສັນຍາກັບ

My Choice Wisconsin. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ທ່ານມີສິດຂໍເອ ົ າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນໃໝ່, ແ

ຕ່ ທ່ານຕ້ອງລົມກັບທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານກ່ອນ. ທີມງານຂອງທ່ານຕ້ອງອະນຸມ ັດການບໍລິການທຸກຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າຫາກຄວາມຕ້ອງການຂອງຂ້ອຍປ່ຽນແປງ?

ການບໍລິການຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງຕະຫຼອດເວລາເນື່ອງຈາກສຸຂະພາບ ແລະ ເຫດການຊີວິດຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ຕົວຢ່າງ: ບໍລິການຂອງທ່ານອາດຈະຫຼຸດລົງຖ້າຫາກສຸຂະພາບຮ່າງກາຍຂອງທ່ານດີຂຶ້ນ. ຖ້າຫາກ ຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານເພີ່ມຂຶ້ນ, ພວກເຮົາຈະເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອໃຫ້ທ ່ານປອດໄພ, ແຂງແຮງ ແລະ ເປັນອ ິດສະຫ ຼະທີ່ສຸດ. ໜຶ່ງໃນເປົ້າໝາຍຂອງພວກເຮົາແມ່ນເພື່ອໃຫ້ການບໍລິການທີ່ຖືກຕ້ອງ, ໃນລາຄາທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ໃນສະຖານທີ່ທີ່ຖືກຕ້ອງ.

ຖ້າຫາກຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ, ກະລຸນາບອກໃຫ້ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຮ ັບຮູ້. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າພວກ ເຮົາຈະຢູ່ທີ່ນີ້ເພື່ອຊ ່ວຍເຫ ຼືອທ່ານ.

ຂ້ອຍຈະໃຊ້ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ແນວໃດ?

ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈາກ "ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ". ລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເປັນປະຈໍາໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ *www.*mychoicewi.*org*. ພວກເຮົາເອີ້ນສິ່ງນີ້ວ່າ
Provider Network Directory (ລາຍຊື່ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ). ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການເອກະສານ Provider Network Directory (ລາຍຊື່ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ) ສະບັບສໍາເນົາ, ທ່ານສາມາດຂໍສະບັບສໍາເນົາໄດ້ຈາກ ທ ີມງານເບ ິ ່ງແຍງດ ູແລຂອງທ ່ານ
ແຈ ້ງໃຫ້ທີມງານຂອງທ່ານຮູ້, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກ ເຮົາ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານສາມາດຖາມວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການມີພະນັກງານທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາໃດໜຶ່ງ ຫຼື ເຂົ້າໃຈວັດ ທະນະທໍາຊົນເຜົ່າ ຫຼື ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາຫຼືບໍ່. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຍັງສາມາດບອກທ່ານໄດ້ ວ່າທີ່ຢູ່ ແລະ ອຸປະກອນຂອງຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າເຖິງຄົນພິການໄດ້ຫຼືບໍ່.

ພວກເຮົາເຮັດສັນຍາກັບຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຊ່ວຍເຫ ຼືອເພ ື ່ອຜົນໄດ້ຮັບໃນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງສະມາຊິກຂອງພວກເຮ ົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາເຮັດວຽກກັບພວກເຮົາໃນວິທີທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດ ແລະ ຕ້ອງບັນລຸ ມາດຕະຖານຄຸນນະພາບຂອງພວກເຮົາ. ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທາງເລືອກກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ ການເບິ່ງແຍງດູແລແກ່ທ່ານເມື່ອເປັນໄປໄດ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ,
My Choice Wisconsin ຍັງຕ້ອງໃຫ້ແນ່ ໃຈວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແມ່ນຕົວເລືອກທີ່ຄຸ້ມຄ່າ.

ຫຼັງຈາກທີ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານອະນຸມັດການບໍລິການຂອງທ່ານແລ້ວ, ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຈະເລືອກຈາກ Provider Network Directory (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນລາຍຊື່ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ) ຂອງ My Choice Wisconsin. ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ສາມາດຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໄດ້ ຫຼື ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທົ່ວໄປຂອງພວກເຮົາທັງໝົດຢູ່ຫ່າງຈາກບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່, ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ຜູ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ໃນການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານ ຕ້ອງລົມກັບທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານແມ່ນຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍເຜົ່າພື້ນເມືອງ ຫຼື ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກາ, ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລເຜົ່າພື້ນເມືອງພາຍນອກການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ.

ອາດຈະມີບາງຄັ້ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ຕິດຕໍ່ຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໜຶ່ງໄປຫາຜູ້ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນພາຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລໂດຍບໍ່ັດສະຈາກການລົມກັບທີມງານ ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດໄປແລ້ວ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການບໍລິການ.
ສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມາທີ່ເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງສ່ວນຕົວຂັ້ນຕົ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຊື້ການບໍລິການຈາກຄົນທີ່ລຶ້ງເຄີຍກັບທ່ານເຊັ່ນ: ສະມາຊິກຄອບຄົວ. ຄົນທີ່ທ່ານເລືອກທີ່ຈະໃຊ້ຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ ແລະ ເຫັນດີທີ່ຈະເຮັດວຽກໃນລາຄາດຽວກັນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນອື່ນຂອງພວກເຮົາ.

Family Care ຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈັດການກັບການບໍລິການຂອງທ່ານເອງໄດ້ແນວໃດ?

My Choice Wisconsin ເຄົາລົບທາງເລືອກຂອງສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ. ຕົວຢ່າງ:

- ການຈັດການດ້ານການໃຊ້ຊີວິດ, ກິດຈະວັດປະຈໍາວັນ ແລະ ບໍລິການສະໜັບສະໜູນທາງເລືອກຂອງທ່ານແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງໝວດຜົນໄດ້ຮັບທີ່ Family Care ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ. ທ່ານບອກວ່າອັນໃດແມ່ນສິ່ງທີ່ສໍາຄັນທີ່ສຸດສໍາລັບທ່ານໃນຂົງເຂດຜົນໄດ້ຮັບເຫຼົ່ານີ້. ທ່ານເຮັດວຽກກັບທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານເພື່ອຫາວິທີທີ່ສົມເຫດສົມຜົນໃນການສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນທີ່ບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນກັບຜົນໄດ້ຮັບ ຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄໍາອຸທອນໄດ້. (ເບິ່ງພາກທີ 8 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.)
- ຖ້າທ່ານຂໍ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາການນໍາໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ປົກກະຕິ.

- ສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມາເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລໃກ້ຊິດ, ພວກເຮົາຈະຊື້ການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີເງື່ອນໄຂທີ່ທ່ານເລືອກຕາມການສະເໜີຂໍຂອງທ່ານ, ລວມທັງສະມາຊິກຄອບຄົວ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວຕ້ອງບັນລຸຕາມເງື່ອນໄຂກໍານົດຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຍອມຮັບຈໍານວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍ.
- ທ່ານມີສິດປ່ຽນເອ ິາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລອ ີ ່ນໄດ້ເຖິງສອງຄັ້ງຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງບອກເປັນຫຍັງທ່ານຕ້ອງການທີມອື່ນ. My Choice Wisconsin ອາດຈະບໍ່ສາມາດເຮັດໄດ້ຕາມຄໍາຂໍ ຂອງທ່ານ ຫຼື ໃຫ້ທີມສະເພາະຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້ສະເໝີໄປ.
- ທ່ານອາດຈະເລືອກທີ່ຈະກໍານົດໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍການບໍລິການຂອງທ່ານດ້ວຍຕົວເອງໄດ້.

ການຊ ່ວຍເຫ ຼືອກໍານົດດ້ວຍຕົວເອງແມ່ນຫຍັງ?

ທ່ານສາມາດໃຊ້ທາງເລືອກການຊ ່ວຍເຫ ຼືອກໍານົດດ້ວຍຕົວເອງຂອງ Family Care ໄດ້, ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການມີຄວາມຮັບຜິດຊອບເພີ່ມເຕີມ ແລະ ມີສ່ວນພົວພັນຢູ່ໃນການກໍານົດການບໍລິການຂອງທ່ານເອງ. ການ ເລືອກທ ີ ່ຈະກໍານົດດ້ວຍຕົວເອງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຈະມີສິດໃນການເວົ້າຫຼາຍຂຶ້ນກ່ຽວກັບວ່າທ່ານຈະຮັບການບໍລິການຂອງທ່ານແນວໃດ ແລະ ຈາກໃຜ.

ດ້ວຍການສະໜັບສະໜູນການກໍານົດດ້ວຍຕົວເອງບາງປະເພດ, ທ່ານມີການຄວບຄຸມ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ງົບປະມານຂອງທ່ານເອງສໍາລັບການບໍລິການຕ່າງໆ. ທ່ານຍັງອາດຈະມີການຄວບຄຸມຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ, ລວມທັງຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຈ້າງ, ການຝຶກອົບຮົມ, ການຊີ້ນໍາ ແລະ ການໄລ່ພະນັກງານເບິ່ງແຍງດູແລໂດຍກົງຂອງທ່ານອອກໄດ້. ດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງບາງປະເພດ, ທ່ານເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເອງ, ແຕ່ອ ົງກອນຕົວແທນຈະຈ ັດການເລ ື ່ອງການຈ້າງ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການຊີ້ນໍາພະນັກງານຕົວຈິງ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ວຍຕົນເອງແມ່ນມັກຈະຖືກໃຊ້ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລໃນເຮືອນ, ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ມັນຍັງຖືກໃຊ້ສໍາລັບການບໍລິການນອກບ້ານນໍາອີກເຊັ່ນ: ການເດີນທາງ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວຢູ່ບ່ອນເຮັດ ວຽກຂອງທ່ານ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານສາມາດບອກທ່ານໄດ້ວ່າການບໍລິການໃດທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດດ້ວຍ ຕົນເອງໃນ Family Care.

ທ່ານເລືອກໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງຫຼາຍຊ ່ໍາໃດ. ມັນບໍ່ແມ່ນວິທີການ "ທັງໝົດ ຫຼື ບໍ່ມີເລີຍ". ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະກໍານົດບໍລິການໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍຢ່າງຂອງທ່ານດ້ວຍຕົວເອງໄດ້. ຕົວຢ່າງ : ທ່ານສາມາດເລືອກການບໍລິການຕົວເອງທີ່ຊ່ວຍທ່ານພັກຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍທ່ານຊອກ ແລະ ຮັກ

ສາ ວຽກເຮັດ. ຈາກນັ້ນທ່ານສາມາດເຮັດວຽກກັບທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານເພື່ອຈັດການກັບການບໍລິການທີ່ເວ ັ ງໃສ ່ ຜົນໄດ້ຮັບອື່ນໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານເລືອກທີ່ຈະໃຊ້ຕົວເລືອກການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ, ທ່ານຈະເຮັດວຽກກັບທີມຂອງທ່ານເພື່ອກໍານົດງົບປະມານສໍາລັບບໍລິການໂດຍອີງໃສ ່ ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຈ່າຍເງິນຄ່າບໍລິການຂອງທ່ານພາຍໃນງົບປະມານນັ້ນ, ອາດຈະເຮັດໄດ້ໂດຍກົງ ຫຼື ດ້ວຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄົນອື່ນ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ ທ່ານເລືອກ.

ຖ້າຫາກທ່ານສົນໃຈໃນການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ, ກະລຸນາສອບຖາມ ທ ີ ມງານເບ ິ ່ ງແຍງດ ູ ແລຂອງທ ່ ານ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຂໍ້ຈໍາກັດ.

ໃນກໍລະນີສຸກເສີນຂ້ອຍຕ້ອງເຮັດແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ, ໂທ 911.

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕິດຕໍ່ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າໃນກໍລະນີສຸກເສີນ.

ກໍລະນີສຸກເສີນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕົກຢູ່ໃນອັນຕະລາຍຂັ້ນຮຸນແຮງ. ກໍລະນີສຸກເສີນອາດຈະເປັນການເຈັບປ່ວຍກະທັນຫ ັ ນ, ສົງໄສວ່າເປັນຫົວໃຈວາຍ ຫຼື ຫົວໃຈລົ້ມເຫຼວ, ກະດູກຫັກ ຫຼື ໂລກຫອບຫືດຂັ້ນຮຸນແຮງ.

ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນທາງການແພດ:

- ຊອກຫາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ໄວທີ່ສຸດ. ໂທຫາ 911 ຫຼື ໄປທີ່ຫ້ອງສຸກເສີນ, ໂຮງໝໍ ຫຼື ສູນປິ່ນປົວຮີບດ່ວນທີ່ຢູ່ໃກ້ທີ່ສຸດ.
- ບອກພະນັກງານໂຮງໝໍ ແລະ ຫ້ອງສຸກເສີນວ່າທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງ My Choice Wisconsin.
- ທ່ານ ຫຼື ຄົນອື່ນຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລໃຫ້ໄວທີ່ສຸດເທ ົ ່ າທ ີ ່ ຈະໄວໄດ ້ (ພາຍໃນ 48 ຊ ົ ່ ວໂມງ) ເພື່ອບອກພວກເຂົາກ່ຽວກັບການປິ່ນ ປົວສຸກເສີນຂອງທ່ານ.

ເຖິງວ່າ Family Care ບໍ່ໄດ້ຄອບຄຸມເຖ ິ ງການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວ, ເປ ັ ນສ ິ ່ ງສໍາຄັນທ ີ ່ ຂ , ດທີ່ທ່ານຕ້ອງບອກໃຫ້ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຮູ້ຖ້າຫາກທ່ານໄປທີ່ຫ້ອງສຸກເສີນ ຫຼື ໄດ້ເຂົ້ານອນໂຮ

ງໝໍ. ແບບນັ້ນ, ພວກເຮົາສາ ມາດບອກໃຫ້ຜູ້ບໍລິການປັດຈຸບັນຮູ້ວ່າທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍ ແລະ ພວກເຮົາສາມາດປະສານງານການບໍລິການຕິດຕາມຄືນໄດ້. ຕົວຢ່າງ: ກ່ອນທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ, ທ່ານໝໍຂອງທ່ານອາດຈະສົ່ງຕົວທ່ານໄປທີ່ໜ່ວຍງານດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານສໍາລັບການບໍລິການຕິດຕາມຄືນ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຕ້ອງອະນຸມັດການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອອກໂຮງໝໍ.

ຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລນອກໂມງລັດຖະການແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການເລັ່ງດ່ວນທີ່ບໍ່ສາມາດຖ້າຈົນຮອດມື້ຕໍ່ໄປໄດ້, ໂທຫາເບີ 800-963-0035 ຫຼື TTY 711.. ພະນັກງານຮັບສາຍແມ່ນພ້ອມໃຫ້ບໍລິການ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ. ພະນັກງານຮັບສາຍສາມາດອະນຸມັດການບໍລິການທີ່ຈໍາເປັນໄດ້ຊົ່ວຄາວເພື່ອສືບຕໍ່ຈົນຮອດມື້ຖັດໄປ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະຕິດຕາມກັບທ່ານເພື່ອກໍານົດວ່າຄວນສືບຕໍ່ການບໍລິການຫຼືບໍ່.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າຫາກຂ້ອຍຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງດູແລໃນເວລາທີ່ຂ້ອຍຢູ່ ນອກພື້ນທີ່ ?

ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ນອກພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງ My Choice Wisconsin ແລະ ທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການໃນຂະນະທີ່ທ່ານບໍ່ຢູ່, ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງທີມງານຂອງທ່ານໃຫ້ໄວທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້. My Choice Wisconsin ຈະປຶກສາກັບ ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບເພື່ອຊອກເບິ່ງວ່າເມື່ອທ່ານບໍ່ຢູ່ ຈະມີຜົນກະທົບກັບສະຖານະຂອງທ່ານທີ່ ເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນເຄົາຕີ້ (ເຂດ) ຫຼືບໍ່

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາວ່າເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງເຄົາຕີ້ (ເຂດ) ທີ່ໃຫ້ບໍລິການ ໂດຍ My Choice Wisconsin, ຕິດຕໍ່ຫາ aging and disability resource center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ
  ແລະ ພິການ) (ADRC) ໃນ county (ເຂດ) ທີ່ທ່ານຈະໄປ. ADRC ສາມາດບອກທ່ານໄດ້ກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ມີໃຫ້ໃນ county (ເຂດ) ນັ້ນ.
- ຖ້າຫາກທ່ານຈະຍັງສືບຕໍ່ເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສ, My Choice Wisconsin ຈະເຮັດວຽກກັບທ່ານເພື່ອວາງແຜນທີ່ຄຸ້ມຄ່າໃນການສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ຮັກສາສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ ແຂງແຮງ ແລະ ປອດໄພໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ຢູ່.

ຖ້າຫາກ My Choice Wisconsin ເຊື່ອວ່າມັນບໍ່ສາມາດປັບປຸງແຜນທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສາມາດຕອບສະໜອງຄວາມ ຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ນອກເຂດບໍລິການໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດຂໍໃຫ້ລັດຍົກເລີກການລົງທະບຽນໃນໂຄງການຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າຫາກພ

ວກເຮົາຂໍໃຫ້ລັດຍົກເລີກການລິງທະບຽນຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໂອກາດໃນການໂຕ້ແຍ້ງຄຳຮ້ອງຂອງພວກເຮົາ ຜ່ານຂະບວນການອຸທອນ. (ເບິ່ງພາກທີ 8 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.)

My Choice Wisconsin ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍເງິນຄ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ, ຖ້າຫາກທ່ານຖືກຖອດອອກຈາກພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິ ການ. ຖ້າຫາກທ່ານວາງແຜນທີ່ຈະຍ້າຍອອກຖາວອນ, ຕິດຕໍ່ຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານລ່ວງໜ້າໃຫ້ໄວທີ່ສຸດ. ທີມຂອງທ່ານຈະລົມກັບທ່ານກ່ຽວກັບຜົນຕາມມາຂອງການຍ້າຍອອກຖາວອນ. ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໃນ
Wisconsin, ພວກເຮົາຈະສົ່ງທ່ານໄປທີ່ ADRC ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ໃໝ່ຂອງທ່ານ, ບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການອື່ນ ແລະ ອົງກອນທີ່ມີໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນໃຈປ່ຽນ, ທີມງານເບິ່ງແຍງດູ ແລຂອງທ່ານ ແລະ ພະນັກງານ ADRC ສາມາດຊ່ວຍທ່ານປ່ຽນການບໍລິການຂອງທ່ານໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນ ສະຖານທີ່ໃໝ່ຂອງທ່ານໄດ້.

ມີການບໍລິການອັນໃດແດ່?

ການບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍປົກກະຕິແລ້ວຂຶ້ນກັບລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. Family Care ມີ "ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລ" ສອງລະດັບຄື:

1.) "ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ"—ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລນີ້, ໝາຍຄວາມວ່າຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານສຳຄັນພຽງພໍທີ່ຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ. (ບໍ່ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການ.) ມີການບໍລິການຈຳນວນຫຼວງຫຼາຍທ ີ່ ສະໜອງໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລນີ້.

2.) "ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ"—ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລນີ້, ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການບາງຢ່າງໃນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, ແຕ່ ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ. ມ ີການບໍລິການຈຳນວນຈຳກັດໃນລະດັບການເບິ່ງ ແຍງດູແລນີ້.

ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງຕະຫຼອດເວລາເນື່ອງຈາກສຸຂະພາບ ແລະ ເຫດການຊີວິດຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາ, ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງ ທ່ານຈະມາພົບທ່ານເພື່ອລະບຸວ່າລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄດ້ປ່ຽນແປງຫຼືບໍ່. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຮູ້ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ຖາມທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ.

ການບໍລິການຄອບຄຸມຂອງ Family Care ແມ່ນລະບຸຢູ່ໃນຕາຕະລາງ "ແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດ Family Care" ໃນໜ້າຖັດໄປ (ໜ ້າທ ີ 33). ເຖິງແມ່ນວ່າການບໍລິການໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດແມ່ນມີໃຫ້ກັບສະມາຊິກທຸກຄົນ, ມັນບໍ່ໄດ້ ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານສາມາດຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຍ້ອນວ່າມັນຢູ່ໃນລາຍການ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຈຳເປັນ ເພື່ອສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນຄວາມແຂງແຮງ ແລະ ປອດໄພຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະໃຊ້ຂະບວນການ RAD ເພື່ອ ສ້າງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຄຸ້ມຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

My Choice Wisconsin ອາດຈະຕ້ອງໃຫ້ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການ. ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ບໍລິການທາງ ເລືອກຕ້ອງເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດບາງຢ່າງ. ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຈະຕັດສິນໃຈວ່າເມື່ອໃດທີ່ ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການທາງເລືອກເພື່ອໃຫ້ບັນລຸຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕ້ອງອະນຸມັດການບໍລິການທັງໝົດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມໄດ້ຮັບພວກມັນ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ:

- ສະມາຊິກບາງຄົນອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພື່ອໃຫ້ມີສິດສໍາລັບ Family Care.
- ມີກົດລະບຽບສໍາລັບການອະນຸມັດການບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ການພັກຢູ່ບ້ານພັກຄົນຊະລາຢູ່ໃນ Family Care. My Choice Wisconsin ຈະອະນຸມັດການບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສໃນບາງສະຖານະການເທົ່ານັ້ນ.
- ມີພຽງແຕ່ການບໍລິການບາງຢ່າງໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດທີ່ມີເງື່ອນໄຂຕໍ່ກັບການຈັດການດ້ວຍຕົນເອງຢູ່ໃນ Family Care. ກະລຸນາຖາມທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຕາຕະລາງແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດຂອງ Family Care

ມີການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຕາບເທົ່າທີ່ພວກເຂົາ:

- ຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.
- ຂໍອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າໂດຍທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ.
- ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ.

	ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລບ້ານພັກຄົນຊະລາ	ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລບໍ່ແມ່ນບ້ານພັກຄົນຊະ ລາ
ການບໍລິການແຜນການ **MEDICAID** ຂອງລັດຕາມຊຸມຊົນ		
ການບໍລິການບໍາບັດການຕິດສິ່ງມຶນເມົາ ແລະ ຢາເສບຕິດອື່ນໆ (AODA) ໃນຊ່ວງການເວັນ (ໃນທຸກໆສະຖານທີ່ຍົກເວັ້ນໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ບ່ອນທີ່ແພດຈັດຫາໃຫ້)	✓	✓
ການບໍລິການເລື່ອງການຕິດສິ່ງມຶນເມົາ ແລະ ຢາເສບຕິດອື່ນໆ (AODA) (ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບພາຍໃນ ຫຼື ບ່ອນທີ່ແພດຈັດຫາໃຫ້)	✓	✓
ການບໍລິການຈັດການກັບຄົນເຈັບ/ການເບິ່ງແຍງດູແລ	✓	✓
ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຊຸມຊົນ (ຍົກເວັ້ນບ່ອນທີ່ແພດຈັດຫາໃຫ້)	✓	✓
ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ເຄື່ອງມືທາງການແພດທີ່ທົນທານ (ຍົກເວັ້ນອຸປະກອນຊ່ວຍໄດ້ຍິນສຽງ, ອະໄວຍະວະທຽມ ແລະ ອຸປະກອນວາງແຜນຄອບ ຄົວ)	✓	✓
ການເບິ່ງແຍງດູແລສະຂພາບຢູ່ບ້ານ	✓	✓
ການບໍລິການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດຕອນກາງເວັນ (ໃນທຸກສະຖານທີ່)	✓	✓
ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ (ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ຕາມແພດກໍານົດໃຫ້)	✓	✓
ການພະຍາບານ (ລວມເຖິງການເບິ່ງແຍງດູແລທາງເດີນຫາຍໃຈ, ການພະຍາບານເປັນໄລຍະ ແລະ ການພະຍາບານສ່ວນຕົວ)	✓	✓
ກິດຈະກໍາບໍາບັດ (ໃນທຸກສະຖານທີ່ຍົກເວັ້ນໂຮງໝໍທີ່ມີຄົນເຈັບໃນ)	✓	✓
ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ	✓	✓

	ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລບ້ານພັກຄົນຊະລາ	ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລບໍ່ແມ່ນບ້ານພັກຄົນຊະ ລາ
ກາຍະບຳບ ັດ (ໃນທຸກສະຖານທີ່ຍົກເວັ້ນໂຮງໝໍທີ່ມີຄົນເຈັບໃນ)	✓	✓
ການບໍລິການການບຳບ ັດດ້ານ ພາສາ ແລະ ການປາກເວົ້າ (ໃນທຸກສະຖານທີ່ຍົກເວັ້ນ ໂຮງໝໍທີ່ມີຄົນເຈັບໃນ)	✓	✓
ການເດີນທາງເພື່ອໄປຕາມການນັດພົບທາງການແພດ (ຍົກເວັ້ນລົດໂຮງໝໍ)	✓	✓
ການບໍລິການແຜນ **MEDICAID** ໃນສະຖາບ ັນຂອງລັດ		
ບ້ານພັກຄົນຊະລາ, ລວມເຖິງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລລະດັບກາງສ□າລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການດ້ານສະຕິປັນຍາ ແລະ ສະຖາບັນສໍາລັບພະຍາດທາງຈິດ. (ບໍລິການໃນສະຖາບັນສໍາລັບພະຍາດທາງຈິດແມ່ນຄອບຄຸມສໍາລັບສະມາຊິກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ ຫຼື ອາຍຸສູງກວ່າ 65 ປີ.)	✓	
ການບໍລິການຜ່ອນຜັນຕາມບ້ານ ແລະ ຊຸມຊົນ		
ຕົວຊ່ວຍການປັບຕົວ	✓	
ການເບິ່ງແຍງດູແລຜູ້ໃຫຍ່ກາງເວັນ	✓	
ຕົວຊ່ວຍການສື່ສານ/ເຕັກໂນໂລຊີອໍານວຍຄວາມສະດວກ	✓	
ບໍລິການປິ່ນປົວດູແລ ແລະ ບໍລິການໃຫ້ຄ□າປຶກສາດ້ານຄລີນິກສ□າລັບຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ	✓	
ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສຶກສາຂອງລູກຄ້າ	✓	
ບໍລິການປິ່ນປົວ ແລະ ໃຫ້ຄໍາປຶກສາ	✓	
ການຝຶກອົບຮົມທັກສະການໃຊ້ຊີວິດປະຈໍາວັນ	✓	
ບໍລິການເວລາກາງເວັນ	✓	
ບໍລິການຈັດການດ້ານການເງິນ	✓	
ອາຫານທີ່ສົ່ງຮອດບ້ານ	✓	
ການປັບປຸງເຮືອນ	✓	

	ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລບ້ານພັກຄົນຊະລາ	ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລບໍ່ແມ່ນບ້ານພັກຄົນຊະ ລາ
ການໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ	✓	
ລະບົບການຕອບໂຕ້ເຫດການສຸກເສີນສ່ວນຕົວ	✓	
ບໍລິການເພີກຖອນ	✓	
ບໍລິການຍົກຍ້າຍບ້ານ	✓	
ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຢູ່ອາໄສ: ບ້ານຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ 1-2 ຕຽງ	✓	
ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຢູ່ອາໄສ: ບ້ານຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ 3-4 ຕຽງ	✓	
ການເບິ່ງແຍງທີ່ຢູ່ອາໄສ: ສະຖານທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ຢູ່ໃນຊຸມຊົນ	✓	
ການເບິ່ງແຍງທີ່ຢູ່ອາໄສ: ສູນລວມອາພາດເມັ້ນເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຢູ່ອາໄສ	✓	
ການເບິ່ງແຍງດູແລການພັກຜ່ອນຊົ່ວຄາວ	✓	
ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວເປັນຕົວຂອງຕົວເອງ	✓	
ການພະຍາບານທີ່ຊຳນານ	✓	
ອຸປະກອນ ແລະ ເຄື່ອງມືທາງການແພດສະເພາະທາງ	✓	
ຕົວແທນສະໜັບສະໜູນ	✓	
ການຈ້າງງານທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ—ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອການຈ້າງງານບຸກຄົນ ຫຼື ກຸ່ມນ້ອຍ	✓	
ການເບິ່ງແຍງດູແລເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ	✓	
ບໍລິການຝຶກອົບຮົມສຳລັບຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ	✓	
ການເດີນທາງ (ການເດີນທາງແບບສະເພາະ)—ການເດີນທາງໃນຊຸມຊົນ ແລະ ອື່ນໆ	✓	
ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການວາງແຜນອະນາຄົດກ່ຽວກັບວິຊາຊີບ	✓	

ມີການບໍລິການອັນໃດແດ່ທີ່ບໍ່ມີໃຫ້?

ການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະຍາວຂອງ Family Care, ແຕ່ມີໃຫ້ແກ່ທ່ານຜ່ານບັດ Wisconsin Medicaid ForwardHealth ຂອງທ່ານ:

- ບໍລິການກ່ຽວກັບການຕິດສິ່ງມຶນເມົາ ແລະ ຢາເສບຕິດອື່ນໆ (AODA) (ບ່ອນທີ່ແພດຈັດຫາໃຫ້ ຫຼື ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຄົນເຈັບພາຍໃນ)
- ລະບົບສຽງ, ລວມເຖິງການປະເມີນໜ້າທີ່ການໄດ້ຍິນ ແລະ ການຟື້ນຟູຜູ້ທີ່ມີບັນຫາດ້ານການໄດ້ຍິນ
- ການປິ່ນປົວແບບຈັດກະດູກ
- ການເຂົ້າຊ່ວຍໃນພາວະວິກິດ
- ທັນຕະກຳ
- ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນເຫດສຸກເສີນ (ລວມເຖິງລົດສຸກເສີນທາງພື້ນດິນ ແລະ ອາກາດ)
- ແວ່ນຕາ
- ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ເຄື່ອງຊ່ວຍການໄດ້ຍິນ ແລະ ແບັດເຕີຣີເຄື່ອງຊ່ວຍການໄດ້ຍິນ
- ບ້ານພັກຄົນປ່ວຍ (ການເບິ່ງແຍງດູແລຊ່ວຍເຫຼືອອາການເຈັບປ່ວຍຂັ້ນສຸດທ້າຍ)
- ໂຮງໝໍ: ຄົນເຈັບພາຍໃນ ແລະ ຄົນເຈັບນອກ, ລວມເຖິງການເບິ່ງແຍງດູແລໃນຫ້ອງສຸກເສີນ (ຍົກເວັ້ນສຳລັບການປິ່ນປົວດ້ານຮ່າງກາຍຂອງຄົນເຈັບນອກ, ການປິ່ນປົວພະຍາດຈາກວຽກທີ່ເຮັດ ແລະ ພະຍາດກ່ຽວກັບພາສາ ແລະ ການເວົ້າ, ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດຈາກຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດ ແລະ ບໍລິການກ່ຽວກັບການຕິດສິ່ງມຶນເມົາ ແລະ ສິ່ງເສບຕິດຈາກຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດ)
- ບໍລິການໃນສະຖາບັນສຳລັບພະຍາດທາງຈິດ (ບໍລິການຄອບຄຸມພຽງແຕ່ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ ຫຼື ອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ.)
- ບໍລິການແພດວິຊາຊີບອ ິດສະຫ ຼະ
- ຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ການສ່ອງໄຟຟ້າ (X-ray)
- ຢາປິ່ນປົວ/ຢາຕາມແພດສັ່ງ
- ບໍລິການກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈິດ (ຈັດໃຫ້ໂດຍແພດ ຫຼື ໃນສະຖານທີ່ຂອງຄົນເຈັບພາຍໃນ)
- ດ້ານສາຍຕາ
- ແພດ ແລະ ບໍລິການດ້ານຄລີນິກ (ຍົກເວັ້ນສຳລັບການປິ່ນປົວດ້ານຮ່າງກາຍຂອງຄົນເຈັບນອກ, ກ ິດຈະກຳບຳບ ັດ ແລະ ການບຳບ ັດການໃຊ ້ ພາສາ ແລະ ການປາກເວົ້າ, ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ

ຈາກຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດ ແລະ ບໍລິການກ່ຽວກັບການຕິດສິ່ງມຶນເມົາ ແລະ ສິ່ງເສບຕິດຈາກຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດ)

- ການປິ່ວຕີນ (ການເບິ່ງແຍງຮັກສາຕີນ)
- ການປະສານງານການເບິ່ງແຍງດູແລກ່ອນເກີດລູກ
- ຂາທຽມ
- ຈິດຕະວິທະຍາ
- ບໍລິການຕາມໂຮງຮຽນ
- ການເດີນທາງໂດຍລົດສຸກເສີນ

Family Care ບໍ່ໄດ້ຄອບຄຸມບໍລິການທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຢູ່ຂ້າງເທິງ, ແຕ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຜ່ານໂຄງການ Medicaid ທົ່ວໄປ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະເຮັດວຽກຢ່າງໃກ້ຊິດກັບທ່ານເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິ ການເຫຼົ່ານີ້ໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Medicare, Veterans (VA) ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆນອກຈາກ Medicaid, ປະກັນໄພເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະຄອບຄຸມເຖິງການບໍລິການທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ອາດຈະມີການຮ່ວມຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້.

ນອກເໜືອຈາກລາຍການຂ້າງເທິງ, ສິ່ງຂອງ ແລະ ບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນບໍ່ມີໃຫ້:

- ບໍລິການທີ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານບໍ່ອະນຸມັດ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ລວມຢູ່ໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ
- ບໍລິການບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການໃຊ້ຊີວິດທົ່ວໄປເຊັ່ນ: ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຈໍານອງ, ອາຫານ, ສາທາລະນຸປະໂພກ, ສິ່ງບັນເທີງ, ເສື້ອຜ້າ, ເຟີນີເຈີ, ອຸປະກອນໃນເຮືອນ ແລະ ປະກັນໄພ
- ສິ່ງຂອງສ່ວນຕົວໃນຫ້ອງຂອງທ່ານທີ່ສະຖານທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາເຊັ່ນ: ໂທລະສັບ ຫຼື ໂທລະພາບ
- ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານໃນສະຖານທີ່ພັກ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການເປັນຜູ້ປົກຄອງ

ພາກທີ 5. ການທຳຄວາມເຂົ້າໃຈວ່າໃຜຈ່າຍການບໍລິການ ແລະ ການປະສານງານ ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ

ຂ້ອຍຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການບໍ?

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕາມຈຳເປັນເພື່ອສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຈັດການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍເງິນຄ່າບໍລິການ.

ທ່ານຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຮ່ວມຈ່າຍສຳລັບບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການ **Medicaid** ປົກກະຕິ. ນີ້ລວມເອົາການຮ່ວມຈ່າຍສຳລັບການປິ່ນປົວ, ການພົບທ່ານໝໍ ແລະ ການເຂົ້າໂຮງໝໍ. ການຮ່ວມຈ່າຍແມ່ນເງິນກຳນົດໄວ້ສະເພາະ (ຕົວຢ່າງ $5) ທ່ານຈ່າຍສຳລັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ຄອບຄຸມ. ທ່ານຍັງອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຮ່ວມຈ່າຍ, ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອVeterans (VA) ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆນອກຈາກ Medicaid.

ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສອງປະເພດທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍໃນແຕ່ລະເດືອນ:

- ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ
- ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ

ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານແມ່ນສອງສິ່ງທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, ແຕ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍທັງສອງ.

ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ສະມາຊິກບາງຄົນອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນປະຈຳເດືອນເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບ Family Care. ການຈ່າຍເງິນປະຈຳເດືອນນີ້ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າແມ່ນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານແມ່ນຂຶ້ນກັບປັດໄຈຫຼາຍໆຢ່າງທີ່ລວມເອົາລາຍຮັບ, ຄ່າບ້ານ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດຂອງທ່ານ. ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບາງຢ່າງອາດຈະຕ່ຳກວ່າສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານສາມາດອະທິບາຍປະເພດຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອາດຈະຫຼຸດສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ແລະ ໃບບິນທີ່ທ່ານຄວນເກັບຮັກສາໄວ້. ພວກເຂົາຈະຂໍສຳເນົາໃບບິນ ແລະ ຊອກເບິ່ງວ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈະສາ ມາດຊ່ວຍຫຼຸດຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຕິດໜີ້ໄດ້ຫຼືບໍ່.

ຖ້າຫາກທ່ານມີສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກ My Choice Wisconsin ທຸກໆເດືອນ. ເຖິງ ແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ສົ່ງເລື່ອງການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານໄປທີ່ My Choice Wisconsin, ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍ ຮັບຈະກຳນົດຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈະຖືກກວດສອບປີລະຄັ້ງ ຫຼື ເວລາທີ່ລາຍຮັບຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ. ທ່ານຖືກຂໍໃຫ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນທັງໝົດຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບພາຍໃນ 10 ວັນຂອງການປ່ຽນແປງ. ຊັບສິນລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດເຖິງພາຫະນະໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ, ເງິນສົດ, ໃບແຊັກ ແລະ ບັນຊີຝາກເງິນ ແລະ ມູນຄ່າເງິນສົດ ຂອງປະກັນຊີວິດ.

ການບໍ່ສາມາດໃນການຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນຂອງທ່ານອາດຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ການສູນ ເສຍສິດ ແລະ ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຈາກ Family Care. ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າສ່ວນ ແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດກັບ Wisconsin Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄຕ່ສ່ວນ ແລະ ອຸທອນລັດວໍຊິງຕັນ). ເບິ່ງໜ້າທີ 74 ສຳລັບຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ.

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ຕິດຕໍ່ ທ ີມງານເບ ິ ່ງແຍງດ ູແລຂອງທ ່ານ.

ການຫຼຸດຜ່ອນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນຂອງທ່ານຍ້ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຊີວິດທີ່ຈຳເປັນຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໃນການຫຼຸດຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ໃນການໃຊ້ຊີວິດທີ່ຈຳເປັນລວມມີການຈ່າຍຄ່າຈຳນອງ, ຄ່າເຊົ່າ, ປະກັນໄພເຮືອນ ຫຼື ຜູ້ເຊົ່າ, ພາສີທີ່ດິນ, ສາທາລະນຸປະໂພກ, ອາຫານ, ເສື້ອຜ້າ, ສິ່ງຂອງກ່ຽວກັບສຸຂະອະນາໄມ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການໃຊ້ງານ ແລະ ບຳລຸງຮັກສາພາຫະນະ.

ການຫຼຸດສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອາດຈະເຮັດໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການໃຊ້ຊີວິດປະຈຳເດືອນຖືກລົງ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສືບຕໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນ Family Care ໄດ້.

ເພື່ອຂໍການຫຼຸດສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງປະກອບຟອມ "ໃບສະໝັກການຫຼຸດສ່ວນແບ່ງ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ." ເຂ ົ ້າເບິ່ງເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ3 ສຳລັບໃບສຳເນ ົາໃບສະໝັກ ຫຼື ຮັບແບບຟອມສະໝັກອອນລາຍທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm.

ໄປພ້ອມກັບການສະໝັກ, ທ່ານຕ້ອງສົ່ງຫຼັກຖານລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ ແລະ ຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ My Choice Wisconsin ໃນແຕ່ລະ ເດືອນ. ໃບສະໝັກຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບປະເພດຂອງຫຼັກຖານທີ່ຕ້ອງການ ແລະ ໃຫ້ຕົວຢ່າງຂອງປະ ເພດເອກະສານທີ່ທ່ານຕ້ອງສະໜອງໃຫ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບໃບສະໝັກ, ທ່ານສາມາດຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ). ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) Family Care ແມ່ນຢູ່ໃນ ໜ້າ 60.

ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ

ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບການຈ່າຍເງິນຄ່າຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ (ຄ່າເຊົ່າ ແລະ ອາຫານ), ຖ້າຫາກທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ຢູ່ໃນຊຸມຊົນເປັນຫຼັກ ຫຼື ສູນລວມອາພາດເມັ້ນການເບິ່ງແຍງທີ່ຢູ່ອາໄສ.

My Choice Wisconsin ຈະຈ່າຍເງິນສຳລັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ການບໍລິການຂອງທ່ານບາງສ່ວນ. ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຫ້ອງ ແລະ ອາຫານຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະສົ່ງບິນ ຮຽກເກັບເງິນໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຈ່າຍເງິນໄດ້, ຕິດຕໍ່ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານອາດຈະສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໃນການຊອກຫາສະຖານທີ່ທີ່ສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໃນລາຄາທີ່ຖືກກວ່າ.

ຂ້ອຍຈະຈ່າຍເງິນໄດ້ແນວໃດ?

ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫ້ອງນອນ ແລະ ອາຫານສາມາດເຮັດໄດ້ໂດຍການຈ່າຍເຊັກ ຫຼື ໃບສັ່ງຈ່າຍເງິນ. ສົ່ງການຈ່າຍເງິນໄປທີ່:

My Choice Wisconsin
MCO Member Account
P O Box 6789
Carol Stream, IL 60197-6789

ອາດຈະມີການຖອນໂດຍອັດຕະໂນມັດຈາກບັນຊີຂອງທ່ານໄດ້. ຖາມທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານສຳລັບ ລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າຫາກຂ້ອຍໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນສຳລັບການບໍລິການ?

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ການບໍລິການທີ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານອະນຸຍາດເນື່ອງຈາກເປັນ ສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຍ ້ອນຄວາມ ຜິດພາດ, ບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍເງິນ. ຕິດຕໍ່ຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານເພື່ອທີ່ພວກເຂົາຈະແກ້ໄຂບັນຫາແທນ.

Family Care ຈ່າຍເງິນສ□າລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາບໍ?

ເປົ້າໝາຍທີ່ສຳຄັນຂອງ Family Care ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ສະມາຊິກໃຊ້ຊີວິດຢ່າງເປັນອ ິດສະຫ ຼະ ທີ່ສຸດ. ທຸກຄົນ—ລວມເຖິງຄົນພິການ ແລະ ຜູ້ເຖົ້າ—ຄວນຈະສາມາດອາໄສຢູ່ເຮືອນພ້ອມກັບມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ ພວກເຂົາຕ້ອງການ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນຊຸມຊົນທີ່ໃຫ້ຄ ຸນຄ່າກັບການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງພວກເຂົາ.

ການຄົ້ນຄ້ວາ ແລະ ການສຳຫຼວດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຄົນຕ້ອງການອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ແລະ ອາພາດເມັ້ນຂອງພວກເຂົາ, ຫຼາຍກວ່າອາໄສຢູ່ກັບຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ. ການບໍລິການຂອງ Family Care ສ່ວນໃຫຍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການ ໄດ້ຢູ່ເຮືອນສຳລັບຄົນສ່ວນໃຫຍ່ ແລະ ການອາໄສຢູ່ເຮືອນມັກເປັນຕົວເລືອກທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດ.

ແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Family Care ລວມມີການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ບໍລິການບ້ານພັກຄົນຊະລາ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນໄປສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາຄວນເປັນແຫຼ່ງທາງເລ ືອກສຸດທ້າຍ.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະອະນຸມັດການເບິ່ງແຍງດູແລສະຖານທີ່ອາໄສ ຫຼື ການຢູ່ບ້ານພັກຄົນສະລາກໍ່ຕໍ່ເມື່ອມັນເປັນໄປຕາມໜຶ່ງໃນຂໍ້ກຳນົດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້.
- ຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຮອງຮັບໄດ້ຢ່າງຄຸ້ມຄ່າຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.
- ການຍ້າຍເຂົ້າໄປຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສແມ່ນຕົວເລືອກທີ່ຄຸ້ມຄ່າໃນການຮອງຮັບຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.

ເຖິງວ່າການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ທີ່ຢູ່ອາໄສແມ່ນຕົວເລືອກດຽວ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ສາມາດຢູ່ໃນ ຫຼື ຍ້າຍອອກໄປສະຖານທີ່ພັກອາໄສທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້. ສະຖານທີ່ພັກອາໄສດັ່ງກ່າວອາດຈະບໍ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາກັບ *My Choice Wisconsin* ຫຼື ອາດຈະບໍ່ຕ້ອງການຕອບຮັບຈຳນວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍ. Family Care ບໍ່ສາມາດບັງຄັບໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕອບຮັບອັດຕາຄ່າຈ້າງຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຕົນເອງ ແລະ ທ່ານ ແລະ ທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານເຫັນດີວ່າທ່ານບໍ່ຄວນອາໄສຢູ່ທີ່ນັ້ນອີກຕໍ່ໄປ, ພວກທ່ານຈະຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນກ່ຽວກັບບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສ ທ່ານ ແລະ ທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຊອກຫາຕົວເລືອກດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດພາຍໃນເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ *My Choice Wisconsin*. ເມື່ອທ່ານຍ້າຍ, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ເຮັດວຽກກັບທ່ານໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດູແລ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາ.

ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຕ້ອງອະນຸມັດບໍລິການກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ອາໄສທຸກຢ່າງ. ມັນສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຈະບໍ່ເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສດ້ວຍຕົນເອງ. ທ່ານຕ້ອງເຮັດວຽກກັບທີມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ *My Choice Wisconsin* ຈະຈ່າຍເງິນສຳລັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້.

ທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ຈ່າຍເງິນຄ່າເຊົ່າ ແລະ ອາຫານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຢູ່ອາໄສບາງສ່ວນ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ "ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ".

Medicare ແລະ ຜົນປະໂຫຍດປະກັນໄພອື່ນໆຂອງຂ້ອຍປະສານງານກັນແນວໃດ?

ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ *My Choice Wisconsin*, ພວກເຮົາຈະຖາມວ່າທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນໆຫຼືບໍ່ນອກຈາກ Medicaid (Medicaid ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ Medical Assistance, MA ຫຼື Title 19). ປະກັນໄພອື່ນໆລວມ ເຖິງ Medicare, ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ບຳນານ, ປະກັນໄພເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ແລະ ປະກັນ ໄພສຸຂະພາບສ່ວນຕົວອື່ນໆ.

ມັນສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກັບພວກເຮົາກ່ຽວກັບປະກັນໄພອື່ນໆທີ່ທ່ານມີ. ຖ້າຫາກທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຊ້ປະກັນໄພອື່ນໆຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈ່າຍເງິນສຳລັບບໍລິການໃດໆທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ.

ກ່ອນ Medicaid, ລວມທັງ Family Care, ການຈ່າຍເງິນສຳລັບບໍລິການ, ປະກັນໄພອື່ນໆຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮຽກເກັບເງິນກ່ອນ. *My Choice Wisconsin* ຄາດຫວັງໃຫ້ທ່ານ:

- ບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ວ່າທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນໆຫຼືບໍ່, ລວມທັງ Medicare ພາກ A ແລະ B.

- ແຈ້ງພວກເຮົາຮູ້, ຖ້າຫາກວ່າມີການປ່ຽນແປງຕໍ່ກັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ພາກ A ແລະ B ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆຂອງທ່ານ.
- ບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພ, ເນື່ອງຈາກວ່າທ່ານອາດຈະໄດ້ເບີກເງິນຄືນ *My Choice Wisconsin*. ວິທີການທີ່ທ່ານຈັດດການກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະກະທົບ ສິດໄດ້ຮັບ Family Care ຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າຕອນນີ້ທ່ານບໍ່ໄດ້ມີ Medicare ຍ້ອນທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຈ່າຍໄດ້, ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລອາດຈະສາມາດຊອກຫາໂປຣແກຣມທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນ Medicare.

ຖ້າຫາກທ່ານມີ Medicare, ມັນຈະຊ່ວຍຄອບຄຸມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລວມທັງຄ່າໂຮງໝໍ ແລະ ແພດ. ສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ Medicare ບໍ່ໄດ້ຄອບຄຸມເອີ້ນວ່າການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicare , ປະກັນຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ການຮ່ວມຈ່າຍ. Medicaid ຫຼື *My Choice Wisconsin* ຈະຈ່າຍການຫັກຄ່າ ໃຊ້ຈ່າຍ Medicare , ປະກັນຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ການຮ່ວມຈ່າຍໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນຈາກ Medicare ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicare, ປະກັນຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ການຮ່ວມຈ່າຍ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ.

estate recovery (ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ) ແມ່ນຫຍັງ? ມັນກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້ອຍແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicaid ຫຼື ເປັນສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin*, ກົດລະບຽບ estat
e
recovery (ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ) ແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບທ່ານ. Estate recovery (ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ) Medicaid ນໍາໄປໃຊ້ກັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວທັງໝົດ, ບໍ່ວ່າຈະເປັນການໃຫ້ບໍລິການໂດຍ
My Choice Wisconsin ຫຼື ຜ່ານໂຄງການອື່ນໆ.

ລັດພະຍາຍາມທີ່ຈະຫາການຈ່າຍເງິນຄືນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງ Medicaid ທັງໝົດຜ່ານ estate recovery (ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ). ການກູ້ຄືນແມ່ນດໍາເນີນການຈາກອະສັງຫາ ລິມມະຊັບຂອງທ່ານ ຫຼື ອະສັງຫາລິມະຊັບຂອງຄູ່ສົມລົດຫຼັງຈາກທ່ານສອງຄົນໄດ້ເສຍຊີວິດແລ້ວ. ເງິນທີ່ໄດ້ກູ້ຄືນມາຈະກັບໄປຫາລັດເພື່ອໃຫ້ເອົາໄປໃຊ້ໃນການເບິ່ງແຍງດູແລຄົນອື່ນທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.

ການກູ້ຄືນແມ່ນເຮັດມາຈາກການຍື່ນຂໍຮັບເງິນຈາກອະສັງຫາລິມະຊັບ. ລັດຈະພະຍາຍາມບໍ່ຈ່າຍເງິນຄືນຫາທ່ານຈາກອະສັງຫາລິມະຊັບຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ລູກທີ່ພິການຂອງທ່ານຍັງມີຊີວິດຢູ່. ການກູ້ຄືນຈະເກີດຂຶ້ນຫຼັງຈາກການເສຍຊີວິດຂອງພວກເຂົາ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການກູ້ຄືນອະສັງຫາລິມຊັບ, ຖາມທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ໂຄງການ Medicaid Estate Recovery (**ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ**) ຍັງມີໃຫ້ຜ່ານແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ໂທເກັບເງິນປາຍທາງ:	800-362-3002
TTY:	711 ຫຼື 800-947-3529
ເວັບໄຊ:	www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm

ພາກທີ 6. ສິດຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງເຄົາລົບສິດຂອງທ່ານໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin*.

1.) ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນແບບທີ່ເໝາະກັບທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ

2.) ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ, ກຽດສັກສີ ແລະ ຄວາມຊື່ສັດຕະຫຼອດເວລາ. ທ່ານມີສິດ:

- ໄດ້ຮັບຄວາມເຫັນອົກເຫັນໃຈ, ການເອົາໃຈໃສ່ຈາກພະນັກງານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ *My Cho ice Wisconsin*.
- ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໃນສະພາບແວດລ້ອມທີ່ປອດໄພ ແລະ ສະອາດ.
- ບໍ່ຕ້ອງເຮັດວຽກ ຫຼື ດຳເນີນການບໍລິການສຳລັບ *My Choice Wisconsin*.
- ໄດ້ຮັບການສົ່ງເສີມ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການລົມກັບພະນັກງານ *My Choice Wisconsin* ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນນະໂຍບາຍທີ່ທ່ານຄິດວ່າຄວນຕ້ອງປະຕິບັດ ຫຼື ບໍລິການທີ່ທ່ານຄິດວ່າຄວນໃຫ້ບໍລິການ.
- ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໃນການນຳໃຊ້ສິດຂອງທ່ານໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin*.
- ເປັນເອກະລາດຈາກການຈຳແນກ. *My Choice Wisconsin* ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍທີ່ປົກ ປ້ອງທ່ານຈາກການຈຳແນກ ຫຼື ການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເທົ່າທຽມ. ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຈຳແນກຕາມເຊື້ອ ຊາດຂອງບຸກຄົນ, ຄວາມພິການດ້ານຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈ, ສາສະໜາ, ເພດ, ລັກສະນະທາງ ເພດ, ຄວາມມັກທາງເພດ, ສຸຂະພາບ, ຊາດພັນ, ຄວາມເຊື່ອດ້ານສາສະໜາ (ຄວາມເຊື່ອ), ອາຍຸ, ແຫຼ່ງກຳເນີດ ຫຼື ແຫຼ່ງລາຍຮັບ.
- ເປັນອ ິດສະຫ ຼະ ຈາກການຈ□າກັດ ຫຼື ຄວາມໂດດດ່ຽວທຸກຮູບແບບທີ່ໃຊ້ເປັນວິທີໃນການບັບບັງ ຄັບ, ໃສ່ລະບຽບ, ຄວາມບໍ່ສະດວກສະບາຍ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນອິດສະລະຈາກການຖືກຈຳກັດ ຫຼື ຖືກບັງຄັບໃຫ້ຢູ່ຄົນດຽວເພື່ອເຮັດໃຫ້ທ່ານປະຕິບັດໃນຮູບແບບໃດໜຶ່ງ ຫຼື ເພື່ອລົງໂທດທ່ານ ຫຼື ຍ້ອນວ່າບາງຄົນໄດ້ຜົນປະໂຫຍດ.
- ເປັນເອກະລາດຈາກການລະເມີດ, ການປະປ່ອຍ ແລະ ການໃຊ້ປະໂຫຍດທາງການເງິນ.
  - ການລະເມີດອາດຈະເປັນທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ອາລົມ, ການເງິນ ຫຼື ດ້ານເພດ, ການລ່ວງລະເມີດຍັງສາມາດເກີດໄດ້, ຖ້າຫາກໃຜບາງຄົນໃຫ້ການປິ່ນປົວແກ່ທ່ານເຊັ່ນ: ການປິ່ນປົວທາງ

ການແພດ ຫຼື ການຄົ້ນຄ້ວາທາງການທົດລອງໂດຍປາສະຈາກຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານ.

- ການປະປ່ອຍແມ່ນໃນເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລບໍ່ສາມາດໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ, ການບໍລິການ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມສ່ຽງທີ່ສຳຄັນທີ່ເປັນອັນຕະລາຍແກ່ບຸກຄົນ. ການປະປ່ອຍຕົນເອງແມ່ນໃນເວລາທີ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການເບິ່ງແຍງດູແລຕົນເອງບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ພຽງພໍ, ລວມເຖິງອາຫານ, ທີ່ຢູ່ອາໄສ, ເສື້ອຜ້າ ຫຼື ການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼື ດ້ານທັນຕະກຳ.
- ການຊອກຫາຜົນປະໂຫຍດທາງການເງິນສາມາດເປັນການສໍ້ໂກງ, ການຕົວະຍົວະ ຫຼື ການຂົ່ມຂູ່, ການລັກຂະໂມຍ, ການກະທຳຜິດໂດຍຕົວແທນຄັງເງິນ, ການລັກຂະໂມຍຂໍ້ມູນປະຈໍາຕົວ, ການປອມແປງ ຫຼື ການນຳໃຊ້ບັດທຸລະກຳທາງການເງິນໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ລວມເຖິງບັດເຄຣດິດ, ເດບິດ, ATM ແລະ ບັດທີ່ຄ້າຍຄືກັນ.

ທ່ານສາມາດເຮັດແນວໃດໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງພົບກັບການລະເມີດ, ການປະປ່ອຍ ຫຼື ການສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດທາງການເງິນ? ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານພ້ອມລົມກັບທ່ານກ່ຽວກັບບັນຫາທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຖືກລະເມີດ, ປະປ່ອຍ ຫຼື ສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດທາງການເງິນ. ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການລາຍງານ ຫຼື ຮັກສາຄວາມປອດໄພຂອງການບໍລິການ. ທ່ານຄວນໂທຫາ 911 ສະເໝີໃນກໍລະນີສຸກເສີນ.

ຖ້າຫາກທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານ ຫຼື ໃຜບາງຄົນທີ່ທ່ານຮູ້ຈັກຕົກເປັນເຫຍື່ອຂອງການລ່ວງລະເມີດ, ການປະປ່ອຍ ຫຼື ການສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດທາງການເງິນ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Adult Protective Services (ບໍລິການຄຸ້ມຄອງຜູ້ໃຫຍ່) ໄດ້. Adult Protective Services (ບໍລິການຄຸ້ມຄອງຜູ້ໃຫຍ່) ຊ່ວຍປົກປ້ອງຄວາມປອດໄພຂອງຜູ້ເຖົ້າ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຜູ້ທີ່ເຄີຍຖືກລ່ວງລະເມີດ, ປະປ່ອຍ ຫຼື ສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດ. ພວກເຂົາຍັງຊ່ວຍໃນເວລາທີ່ບຸກຄົນນັ້ນບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດູແລຄວາມປອດໄພຂອງຕົນເອງໄດ້ເນື່ອງຈາກພາບທາງດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມພິການ.

ໜ້າ 9-11 ລະບຸເບີໂທລະສັບໃຫ້ໂທເພື່ອລາຍງານເຫດການຂອງການລ່ວງລະເມີດທີ່ເປັນຜູ້ເຫັນເຫດການ ຫຼື ສິງໄສ.

3.) ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ເຂົ້າເຖິງບໍລິການທີ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໄດ້ທັນເວລາ. ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin*, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຜນ ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການພວກມັນ. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່

ານຈະ ຈັດກຽມບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ. ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຍັງຈະປະສານງານກັບຜູ້ໃຫ້ ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງຂອງລາຍການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນທ່ານໝໍ, ທັນຕະແພດ ແລະ ແພດປິ່ນປົວຕີນ. ຕິດຕໍ່ຫາທີມຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານຈະເຂົ້າຫາ *My Choice Wisconsin* ຈາກໂຄງການ Medicaid ຫຼື ອົງກອນອື່ນ, ພວກເຮົາຈະເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການໄດ້ຄືເກົ່າ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ, ພວກ ເຮົາຈະໄປພົບທ່ານເພື່ອສ້າງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ບໍລິການ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງພາຍໃຕ້ແຜນໃໝ່ຂອງທ່ານ, ແຕ່ທ່ານອາດຈະສະມາດຮັກສາຜູ້ໃຫ້ການ ເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄດ້, ຖ້າຫາກພວກເຂົາເຫັນດີທີ່ຈະເຮັດວຽກກັບພວກເຮົາ ແລະ ບັນລຸຂໍ້ກຳ ນົດຂອງພວກເຮົາ.

4.) ພວກເຮົາຕ້ອງປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຂໍ້ກັງວົນໃຈກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ 800-963-0035. ເຂົ້າເບິ່ງໜ້າ 7, ໜ້າ 108 ສໍາລັບແຈ້ງການຂອງ My Choice Wisconsin ກ່ຽວກັບການປະຕິບັດການກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ.

5.) ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ການເຂົ້າເຖິງບັນທຶກທາງການແພດຂອງເຈົ້າແກ່ເຈົ້າ. ຖາມທີມດູແລຂອງເຈົ້າຖ້າເຈົ້າຕ້ອງການສຳເນົາບັນທຶກຂອງເຈົ້າ. ເຈົ້າມີສິດຮ້ອງຂໍໃຫ້ My Choice Wisconsin ປ່ຽນແປງຫຼືແກ້ໄຂບັນທຶກຂອງເຈົ້າ..

6.) ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ທ່ານເຂົ້າບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຖາມທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ຖ້າ ຫາກທ່ານຕ້ອງການບັນທຶກຂອງທ່ານສະບັບສຳເນົາ. ທ່ານມີສິດໃນການຂໍ *My Choice Wisconsin* ເພື່ອປ່ຽນ ຫຼື ແກ້ໄຂບັນທຶກຂອງທ່ານ.

7.) ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ***My Choice Wisconsin*** ແກ່ທ່ານ, ເຄືອຂ່າຍຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ ພວກເຮົາ ແລະ ບໍລິການທີ່ມີໃຫ້. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນນີ້.

8.) ພວກເຮົາຕ້ອງສະໜັບສະໜູນສິດຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບບໍລິການຂອງທ່ານ.

- ທ່ານມີສິດຮູ້ກ່ຽວກັບຕົວເລືອກທັງໝົດຂອງທ່ານ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງບອກກ່ຽວກັບຕົວເລືອກທີ່ມີ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ພວກມັນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Family Care. ທ່ານສາມາດແນະນໍາບໍລິການອື່ນໆທີ່ທ່ານຄິດວ່າສາມາດຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໄດ້.
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງບອກກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເວົ້າວ່າ "ບໍ່" ຕໍ່ກັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການແນະນໍາ.
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຄິດເຫັນທາງການແພດຄັ້ງທີສອງ. ຖາມທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂໍຄວາມຄິດເຫັນທາງການແພດຄັ້ງທີສອງ.
- ທ່ານມີສິດໃນການໃຫ້ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຮັດໃຫ້ສໍາເລັດ, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈສໍາລັບຕົວເອງ. ບາງຄັ້ງຄົນບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບຕົວເອງເນື່ອງຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍຂັ້ນຮຸນແຮງ. ທ່ານມີສິດເວົ້າໃນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຮັດໃຫ້ເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໃນສະຖານະການນັ້ນ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານສາມາດສ້າງ "ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ ໄດ້."

  ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າມີຫຼາຍປະເພດ ແລະ ມີຊື່ທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ເອກະສານທີ່ເອີ້ນວ່າ "**living will** (ເຈດຈໍານົງແຫ່ງຊີວິດ)"ແລະ "**power of attorney for health care** (ໃບມອບສິດສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ" ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ.

  ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈໄດ້ວ່າທ່ານຕ້ອງການຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າຫຼືບໍ່. ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ສາມາດອະທິບາຍກ່ຽວກັບວິທີການສ້າງ ແລະ ໃຊ້ຄໍາສັ່ງທາງລັດ, ແຕ່ພວກເຂົາບໍ່ສາມາດບັງຄັບໃຫ້ທ່ານມີ ຫຼື ປະຕິບັດກັບທ່ານຢ່າງແຕກຕ່າງໂດຍອີງໃສ່ວ່າທ່ານມີຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າຫຼືບໍ່.

  ທ່ານສາມາດຍື່ນຂໍການຮ້ອງທຸກກັບ Wisconsin Division of Quality Assurance (ພະແນກປະກັນຄຸນນະພາບ) ໄດ້ ,ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າ *My Choice Wisconsin* ບໍ່ປະຕິບັດໄປຕາມຄໍາ ສັ່ງລ່ວງໜ້າຂອງທ່ານ. ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ໂທ 800-642-6552.

  ຕິດຕໍ່ຫາທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ. ທ່ານຍັງສາມາດເບິ່ງແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າໃນເວັບໄຊຂອງ State of Wisconsin ໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives.

9.) ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການ **Family Care** ຂອງທ່ານຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານເປັນສ່ວນຂອງຊຸມຊົນແທ້ຈິງທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. ນີ້ແມ່ນສິດຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບສະຖານທີ່ບໍລິການໃນເຮືອນ ແລະ ຕາມຊຸມຊົນຂອງລັດຖະບານກາງ. ກົດລະບຽບນໍາໃຊ້ກັບສະຖານທີ່ບ່ອນທີ່

ທ່ານອາໄສຢູ່ ແລະ ສະຖານທີ່ນອກເຮືອນຂອງທ່ານບ່ອນທີ່ທ່ານຮັບບໍລິການໃນເວລາກາງເວັນ. *My Choice Wisconsin* ຕ້ອງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຮັບບໍລິການ Family Care ຂອງທ່ານຢູ່ໃນບ່ອນທີ່ເຊື່ອມ ໂຍງທ່ານກັບຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ແລະ ສະໜັບສະໜູນຄວາມເປັນເອກະລາດຂອງທ່ານ. ນີ້ໝາຍ ຄວາມວ່າສະຖານທີ່ບ່ອນສະໜັບສະໜູນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານເພື່ອ:

- ອາໄສຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານຕ້ອງການຢາກຢູ່.
- ເຂົ້າຮ່ວມໃນຊີວິດຂອງຊຸມຊົນ.
- ຊອກຫາ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນວຽກງານໃນວິທີດຽວກັນກັບຄົນອື່ນໆຢູ່ໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ.
- ຄວບຄຸມຕາຕະລາງກຳນົດເວລາຂອງທ່ານ.
- ເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຄວບຄຸມເງິນຂອງທ່ານ.
- ຕັດສິນໃຈວ່າຈະໃຫ້ໃຜເຫັນພວກມັນ ແລະ ໃຫ້ເຫັນໄດ້ເມື່ອໃດ.
- ຮັກສາຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຂໍ້ກັງວົນກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ທ່ານຮັບບໍລິການ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄດ້.

10.) ທ່ານມີສິດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳອຸທອນໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ບໍລິການຂອງທ່ານ. (ເບິ່ງພາກທີ 8 ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳອຸທອນ.)

ພາກທີ 7. ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ສິ່ງທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງເຮັດໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin* ແມ່ນມີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຢູ່ທີ່ນີ້ເພື່ອໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

1.) ສ້າງຄວາມລຶ້ງເຄີຍກັບບໍລິການໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Family Care. ນີ້ລວມມີຄວາມເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງເຮັດເພື່ອເອົາບໍລິການຂອງທ່ານ.

2.) ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສ້າງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂັ້ນຕົ້ນ ແລະ ພວມດໍາເນີນຢູ່ຂອງທ່ານ.

3.) ເຂົ້າຮ່ວມໃນຂະບວນການ RAD ເພື່ອຊອກຫາວິທີການທີ່ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດເພື່ອບັນລຸຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ. ສະມາຊິກ, ຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຮ່ວມກັນສໍາລັບການນໍາໃຊ້ເງິນພາສີອາກອນຂອງລັດໃຫ້ຄຸ້ມຄ່າທີ່ສຸດ.

4.) ລົມກັບທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານກ່ຽວກັບວິທີທີ່ໝູ່ເພື່ອນຂອງທ່ານ, ຄອບຄົວ, ຊຸມຊົນອື່ນໆ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງອາສາສະໝັກອື່ນໆອາດຈະຊ່ວຍສະໜັບສະໜູນທ່ານ ຫຼື ວິທີທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໃຫ້ກັບຕົວທ່ານເອງໄດ້ຫຼາຍຂຶ້ນ.

5.) ປະຕິບັດຕາມແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ທ່ານ ແລະ ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕົກລົງເຫັນດີ.

6.) ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການກະທໍາຂອງທ່ານ, ຖ້າທ່ານປະຕິເສດການປິ່ນປົວ ຫຼື ບໍ່ປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນໍາຈາກທີມເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

7.) ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ເປັນສ່ວນຂອງ *My Choice Wisconsin*, ນອກຈາກວ່າທ່ານ ແລະ ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕັດສິນໃຈເປັນຢ່າງອື່ນ.

8.) ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນດໍາເນີນການຂອງ *My Choice Wisconsin* ສໍາລັບການຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັງຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກປົກກະຕິ.

9.) ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ຖ້າທ່ານຍ້າຍໄປທີ່ຢູ່ໃໝ່ ຫຼື ປ່ຽນເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ.

10.) ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ເຖິງການພັກຢູ່ຊົ່ວຄາວທີ່ວາງແຜນໄດ້ບ່ອນໃດໜຶ່ງ ຫຼື ການຍ້າຍອອກຈາກສະຖານທີ່ບໍລິການ.

11.) ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ການເງິນ ແລະ ຄວາມມັກຂອງທ່ານແກ່ *My Choice Wisconsin* ແລະ ບອກພວກເຂົາທັນທີກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງໃນສະຖານະຂອງທ່ານ. ນີ້ລວມທັງການເຊັນແບບຟອມ "ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ" ເມື່ອພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ ມູນອື່ນທີ່ທ່ານບໍ່ມີໃຫ້ໄດ້ງ່າຍໆ.

12.) ປະຕິບັດຕໍ່ທີມງານ, ພະນັກງານເບິ່ງແຍງດູແລໃນເຮືອນ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານດ້ວຍຄວາມເຄົາ ລົບ ແລະ ກຽດສັກສີ.

13.) ຮັບການບໍລິການໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ອາຍຸ, ເພດ, ຄວາມຕ້ອງການທາງເພດ, ສຸຂະພາບ, ຊາດພັນ, ຄວາມເຊື່ອ ຫຼື ຊາດກຳເນີດຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ.

14.) ຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນໃຫ້ກົງເວລາ, ລວມເຖິງສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ການຮຽກເກັບເງິນຄ່າຫ້ອງ ແລະ ອາຫານກັບທ່ານ. ບອກໃຫ້ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລ ຂອງທ່ານຮູ້ໃຫ້ໄວທີ່ສຸດ, ຖ້າຫາກທ່ານມີບັນຫາກັບການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານ.

15.) ໃຊ້ Medicare ແລະ ຜົນປະໂຫຍດປະກັນໄພສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມ. ຖ້າຫາກທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆ, ບອກ *My Choice Wisconsin* ແລະ ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບ.

16.) ເບິ່ງແຍງອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານເຊັ່ນ: ລົດເຂັນ ແລະ ຕຽງໂຮງໝໍທີ່ມີໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍ *My Choice Wisconsin*.

17.) ລາຍງານການສໍ້ໂກງ ຫຼື ການລ່ວງລະເມີດທີ່ກະທຳໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ພະນັກງານຂອງ *My Choice Wisconsin*. ຖ້າຫາກທ່ານສົງໄສວ່າມີບາງຄົນກຳລັງສໍ້ໂກງ ຫຼື ໄດ້ສໍ້ໂກງ ຫຼື ໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອພາກລັດໄປໃນທາງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ລວມທັງ Family Care, ໂທຫາສາຍດ່ວນເລື່ອງການສໍ້ໂກງ ຫຼື ຍື່ນການລາຍງານອອນລາຍທີ່:

ລາຍງານການສໍ້ໂກງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອພາກລັດ
877-865-3432 (ໂທເກັບເງິນປາຍທາງ) ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງ
www.dhs.wisconsin.gov/fraud

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານພົບພໍ້ການທຸດຈະລິດ, ການສິ້ນເປືອງ, ການທາລຸນ, ການລະເມີດລະບຽບ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ My Choice Wisconsin ໄດ້ໃນວິທີລັບລຸ່ມນີ້:

- **ໂທຫາ** ຫາສາຍດ່ວນພະແນກປະຕິບັດລະບຽບແບບບໍ່ເປີດເຜີຍໂຕ ໂທຟຣີທີ່ເບີ 1-833-253-3465 ຫຼືເບີປະຈຳພື້ນທີ່ທີ່ເບີ 608- 245-3576
- **ອີເມລຫາ** Compliance@mychoicewi.org

18.) **ຢ່າເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳການສໍ້ໂກງ ຫຼື ສວຍໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄປໃນທາງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ນີ້ອາດຈະລວມມີ:**

- **ສະແດງລະດັບຄວາມພິການຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ.**
- **ສະແດງລະດັບລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ.**
- **ບອກເຖິງທີ່ຢູ່ອາໄສຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ.**
- **ການຂາຍອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ** *My Choice Wisconsin.*

ກິດຈະກຳການສໍ້ໂກງທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ກັບການຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ Family Care **ຫຼື ການດຳເນີນຄະດີທາງອາຍາທີ່ເປັນໄປໄດ້.**

19.) **ໂທຫາທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຂໍ້ກັງວົນໃຈ.**

20.) **ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບວິທີທີ່ພວກເຮົາເຮັດ. ໃນບາງຄັ້ງ, ພວກເຮົາອາດຈະຖາມວ່າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຳພາດສະມາຊິກ, ແບບສຳຫຼວດຄວາມພໍໃຈ ຫຼື ກິດຈະກຳການກວດສອບຄຸນນະພາບອື່ນໆຫຼືບໍ່. ການຕອບສະໜອງ ແລະ ຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການລະບຸຈຸດແຂງຂອງພວກເຮົາພ້ອມກັບຈຸດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງປັບປຸງ. ກະລຸນາບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ຜົນຂອງການສຳຫຼວດ. ພວກເຮົາຍິນດີທີ່ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນກັບທ່ານ.**

ພາກທີ 8. ການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ

ຄໍາແນະນໍາ

ພວກເຮົາມຸ່ງໝັ້ນທີ່ຈະໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບແກ່ສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ. ມັນອາດຈະມີບາງຄັ້ງທີ່ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ. ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກ, ທ່ານມີສິດໃນການຍື່ນຄໍາການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ອຸທອນຄໍາຕັດສິນທີ່ຕັດສິນໂດຍ *My Choice Wisconsin* ແລະ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການກວດສອບທັນທີ ແລະ ເປັນທໍາ.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ບໍລິການຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນລົມກັບທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານກ່ອນ. ການລົມກັບທີມຂອງທ່ານແມ່ນປົກກະຕິຈະເປັນວິທີໄວທີ່ສຸດ ແລະ ງ່າຍທີ່ສຸດເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຕ້ອງການລົມກັບທີມຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດໂທຫາໜຶ່ງໃນຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາໄດ້. ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກສາມາດອະທິບາຍສິດຂອງທ່ານ, ພະຍາຍາມແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງທ່ານຢ່າງບໍ່ເປັນທາງການ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ອຸທອນໄດ້. ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກສາມາດເຮັດວຽກກັບທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນເພື່ອພະຍາຍາມຊອກຫາວິທີແກ້ໄຂທີ່ປະຕິບັດໄດ້.

> ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ, ຕິດຕໍ່ຫາໜຶ່ງໃນຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກຂອງ ***My Choice Wisconsin***, ທີ່:
>
> ***My Choice Wisconsin***
> **Member Rights Specialist**
> *10201 W Innovation Drive Suite 100*
> *Wauwatosa, WI 53226*
> Toll-free: *800-963-0035 Ext 3448*
> TTY: *711*
> Email: *mrs@mychoicewi.org*

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງທ່ານໂດຍການເຮັດວຽກໂດຍກົງກັບທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວດ້ານສິດສະມາຊິກ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ອຸທອນກັບ *My Choice Wisconsin* ໄດ້ .

ປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ບອກທ່ານກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ອຸທອນ, ເຊິ່ງອາດຈະສັບສົນຍ້ອນວ່າແຕ່ລະທາງເລືອກມີມື້ກໍານົດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ໝາຍເຫດ: ໃນເວລາທີ່ປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ກ່າວເຖິງ "ມື້," ມັນໝາຍເຖິງມື້ໃດໜຶ່ງໃນ

ປີ, ລວມທັງວັນພັກ. ໃນເວລາທີ່ປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ກ່າວເຖິງ “ວັນທາງລັດຖະການ,” ມັນໝາຍເຖິງວັນຈັນຮອດວັນສຸກ, ບໍ່ລວມວັນພັກ. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ ຫຼື ເຂົ້າໃຈຕໍ່ກັບຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນພາກນີ້ຍ້ອນວ່າມີຄົນພ້ອມຈະຊ່ວຍ ທ່ານ .

ຖ້າຫາກທ່ານມີຂໍ້ກັງວົນໃຈບາງປະເພດທີ່ທ່ານບໍ່ຮູ້ວິທີແກ້ໄຂ, ທ່ານສາມາດຖາມທີມເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ໜຶ່ງໃນຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin*. ຍັງມີໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ທີ່ພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກ Family Care ທຸກຄົນໃນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ. (ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ແມ່ນຢູ່ໜ້າ 60.) ທ່ານຍັງສາມາດໃຫ້ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ, ທະ ນາຍ ຫຼື ຜູ້ສະໜັບສະໜູນຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກອາດຈະສາາດໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນອື່ນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ຄືກັນ.

ສຳເນົາຂອງສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂໍ້ມູນໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຟຣີ. ຂໍ້ມູນໝາຍເຖິງເອກະສານ, ບັນທຶກທາງການແພດ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆທຸກຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງ ທຸກ ຫຼື ອຸທອນຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ລວມທັງຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມເຕີມທີ່ *My Choice Wisconsin* ເກັບເອົາໃນລະຫວ່າງ ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ອຸທອນຂອງທ່ານ. ເພື່ອຂໍສຳເນົາເອກະສານກໍລະນີຂອງທ່ານ, ຕິດຕໍ່ My Choice Wisconsin ທີ່ເບີ 800-963-0035 ຕໍ່ 3448, ຫຼື ອີເມລ mrs@mychoicewi.org..

ທ່ານຈະບໍ່ເດືອດຮ້ອນ, ຖ້າຫາກທ່ານຮ້ອງທຸກ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີກັບ
ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ອຸທອນ.
ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດທີ່ແຕກຕ່າງອອກໄປ.
ພວກເຮົາຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານພໍໃຈກັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ.

ການຮ້ອງທຸກ

ການຮ້ອງທຸກໝາຍເຖິງຫຍັງ?

ການຮ້ອງທຸກແມ່ນໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບ *My Choice Wisconsin*, ໜຶ່ງໃນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລ ຫຼື ການບໍລິການຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການຍື່ນການ ຮ້ອງທຸກຖ້າຫາກ:

- ພະນັກງານເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວຂອງທ່ານມັກມາຊ້າ.

- ທ່ານຮ ູ ້ສຶກວ່າທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານບໍ່ຟັງທ່ານ.
- ທ່ານມີບັນຫາໃນການນັດພົບກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
- ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຜະລິດຕະພັນທີ່ບໍ່ສາມາດຄວບຄຸມໄດ້ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.

ໃຜສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ແດ່?

ການຮ້ອງທຸກອາດຈະຍື່ນໂດຍຂໍ້ໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານ
- ຜູ້ຕັດສິນໃຈດ້ານກົດໝາຍຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ທະນາຍທີ່ໄດ້ຮັບອຳນາດສຳລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ.
- ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນທີ່ທ່ານໄດ້ເລືອກໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເພື່ອຈຸດປະສົງ Medicaid
- ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຕົວຢ່າງ: ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.

ມື້ໃດແມ່ນມື້ກຳນົດສຸດທ້າຍໃນການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ?

ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ.

ຂ້ອຍຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ທ່ານຕ້ອງເລີ່ມຂະບວນການໂດຍການຕິດຕໍ່

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານກັບ *My Choice Wisconsin*

My Choice Wisconsin ຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານພໍໃຈກັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ການບໍລິການຂອງທ່ານ. ໜຶ່ງໃນຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາສາມາດເຮັດວຽກກັບທ່ານ ແລະ ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງ ທ່ານໃນການພະຍາຍາມແກ້ໄຂຂໍ້ຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານຢ່າງເປັນທາງການ. ຫຼາຍໆຄັ້ງທີ່ພວກເຮົາສາມາດເບິ່ງ ແຍງຂໍ້ກັງວົນໂດຍບໍ່ຕ້ອງດຳເນີນເພີ່ມເຕີມ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂຂໍ້ຮ້ອງຮຽ

ນ ຂອງທ່ານໄດ້, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບ *My Choice Wisconsin* ໂດຍການໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຫາພວ ກ ເຮົາ.

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

แม่นຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບ *My Choice Wisconsin*, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍພາຍໃນຫ້າ ວັນທາງລັດຖະການເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ຈາກນັ້ນ, ພະນັກງານ *My Choice Wisconsin* ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະພະຍາຍາມຊ່ວຍແກ້ໄຂຄວາມກັງວົນ ໃຈຂອງທ່ານຢ່າງເປັນທາງການ ຫຼື ຊອກຫາວິທີແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ໃຫ້ຄວາມພໍໃຈກັບທັງ *My Choice Wisconsin* ແລະ ທ່ານ. ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຊອກຫາວິທີແກ້ໄຂບັນຫາ ຫຼື ຖ້າຫາກທ່ານ ບໍ່ຕ້ອງການເຮັດວຽກກັບພະນັກງານ *My Choice Wisconsin* ເພື່ອແກ້ໄຂຄວາມກັງວົນໃຈຂອງທ່ານຢ່າງເປັນ ທາງການ, ຄະນະກໍາມະ ການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງພວກເຮົາຈະທົບທວນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ແຈ້ງກ່ຽວ ກັບການຕັດສິນໃຈ.

- ຄະນະກໍາມະການປະກອບດ້ວຍຜູ້ຕາງໜ້າ *My Choice Wisconsin* ແລະ "ລູກຄ້າ" ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງ ຄົນ. ລູກຄ້າແມ່ນບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກພວກເຮົາ ຫຼື ເປັນຕົວແທນຂອງບາງຄົນຜູ້ທີ່ເຮັດ ບາງຄັ້ງ ຄົນອ ິ ່ ນທີ່ຊ່ຽວຊານໃນເລື່ອງການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານອາດຈະເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄະນະກ ໍາມະການ.
- ພວກເຮົາຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ໃນເວລາທີ່ຄະນະກໍາມະການວາງແຜນທີ່ຈະໄປພົບທ່ານເພື່ອທົບທວນ ການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ.
- ການປະຊຸມແມ່ນເປັນຄວາມລັບ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ລູກຄ້າບໍ່ຢູ່ໃນຄະນະກໍາມະການໄດ້, ຖ້າຫາກ ທ່ານກັງວົນກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຫຼື ມີຂໍ້ກັງວົນອື່ນໆ.
- ທ່ານມີສິດໃນການຂໍອຸທອນດ້ວຍຕົນເອງ. ທ່ານອາດຈະເອົາຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ໝູ່ເພື່ອນ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານໍາໄດ້.

- ຄະນະກຳມະການຈະໃຫ້ໂອກາດກັບທ່ານໃນການອະທິບາຍຂໍ້ກັງວົນໃຈຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນ, ຫຼັກຖານ ແລະ ຄຳໃຫ້ການແກ່ຄະນະກຳມະການ.
- ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານ *My Choice Wisconsin* ອາດຈະເຂົ້າຮ່ວມປະຊຸມ.
- ຄະນະກຳມະການຈະຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນຈາກວັນທີພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ຄະນະກຳມະການຈະສົ່ງໜັງສືຄຳຕັດສິນໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກຂ້ອຍບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ?

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ, ທ່ານສາມາດຂໍການກວດສອບຈາກ Wisconsin Department of Health Services (ພະແນກບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ) (DHS) ໄດ້.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ຂໍການກວດສອບຈາກ DHS

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຕ້ອງໄປຜ່ານຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງ *My Choice Wisconsin* ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຂໍການກວດສອບຈາກ DHS ໄດ້.

ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ DHS ກວດສອບຄໍາຕັດສິນຂອງຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຕໍ່ກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. DHS ແມ່ນໜ່ວຍງານຂອງລັດທີ່ຮັບຜິດຊອບໂຄງການ Family Care. DHS ເຮັດວຽກກັບອົງການຈັດຕັ້ງທາງນອກທີ່ເອີ້ນວ່າ MetaStar ເພື່ອກວດສອບການຮ້ອງທຸກ. MetaStar ຈະກວດສອບຄວາມຈິງຂອງການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ແລະ ຄໍາຕັດສິນຂອງຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ. MetaStar ຈະສົ່ງຄໍາຕັດສິນການຮ້ອງທຸກຂັ້ນສຸດທ້າຍໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

> **ເພື່ອຂໍການກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຈາກ DHS, ໂທ ຫຼື ອີເມວຫາ:**
>
> DHS Family Care Grievances
> ໂທເກັບເງິນປາຍທາງ: 888-203-8338
> ອີເມວ: dhsfamcare@wisconsin.gov

ມື້ກໍານົດໃນການຂໍການກວດສອບ DHS ແມ່ນມື້ໃດ?

ຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງ *My Choice Wisconsin* ຈໍາເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທ່ານພາຍໃນ 90 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ຕົວ ຢ່າງ: ຖ້າ *My Choice Wisconsin* ໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໃນວັນທີ 1 ພຶດສະພາ, ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງຄໍາຕັດສິນ ກ່ອນວັນທີ 30 ກໍລະກົດ.

- ຖ້າຫາກຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນສົ່ງຄໍາຕັດສິນຫາທ່ານພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານມີເວລາ 45 ວັນຈາກມື້ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນເພື່ອຂໍການກວດສອບຂອງ DHS.

  ຕົວຢ່າງ: *My Choice Wisconsin* ມີເວລາຈົນຮອດວັນທີ 30 ກໍລະກົດໃນການສົ່ງຄໍາຕັດສິນໃຫ້ແກ່ ທ່ານ. ທ່ານໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນໃນວັນທີ 1 ມິຖຸນາ. ທ່ານບໍ່ເຫັນດີຕໍ່ກັບຄໍາຕັດສິນ. ທ່ານມີເວລາຈົນ

ຮອດວັນທີ 16 ກໍລະກົດ ໃນການຂໍການກວດສອບຂອງ DHS ຕໍ່ກັບຄໍາຕັດສິນຂອງ *My Choice Wisconsin*.

- ຖ້າຫາກຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນບໍ່ສົ່ງຄໍາຕັດສິນຫາທ່ານພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານມີເວລາ 45 ວັນຈາກວັນທີສິ້ນສຸດໄລຍະເວລາເພື່ອຂໍການກວດສອບຂອງ DHS.

  ຕົວເຊັ່ນ: *My Choice Wisconsin* ມີເວລາຈົນຮອດວັນທີ 30 ກໍລະກົດ ໃນການສົ່ງຄໍາຕັດສິນໃຫ້ແ ກ່ ທ່ານ. ຈົນຮອດວັນທີ 30 ກໍລະກົດ, *My Choice Wisconsin* ຍັງບໍ່ໄດ້ສົ່ງຄໍາຕັດສິນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ເລີ່ມ ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 31 ກໍລະກົດ, ທ່ານມ ີ ເວລາຈົນຮອດວັນທີ 14 ກັນຍາ ໃນການຂໍການກວດສອບ DHS ກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

DHS ເຮັດວຽກກັບອົງການຈັດຕັ້ງທາງນອກທີ່ເອີ້ນວ່າ MetaStar ເພື່ອກວດສອບການຮ້ອງທຸກ. ຖ້າຫາກທ່ານຂໍການກວດສອບຈາກ DHS, MetaStar ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ.

- MetaStar ຈະຕອບກັບເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າພວກເຂົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງການກວດສອບ DHS ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຫາກ MetaStar ບອກ DHS ວ່າ *My Choice Wisconsin* ບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກໍານົດສ ະ ເພາະໄດ້, DHS ອາດຈະສັ່ງໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາ.
- MetaStar ຈະດໍາເນີນການກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດພາຍໃນ 30 ວັນ ຂອງວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- MetaStar ຈະສົ່ງຄໍາຕັດສິນສຸດທ້າຍກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແລະ *My Choice Wisconsin* ພາຍໃນເຈັດວັນຫຼັງຈາກທີ່ສໍາເລັດການກວດສອບ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກຂ້ອຍບໍ່ເຫັນດີກັບການກວດສອບຂອງ DHS?

ຄໍາຕັດສິນຂອງ MetaStar ແມ່ນເປັນອັນສິ້ນສຸດ. ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງລັດສໍາລັບການຮ້ອງທຸກໄດ້ອີກ.

ການອຸທອນ

ການອຸທອນແມ່ນຫຍັງ?

ການອຸທອນແມ່ນການຂໍການກວດສອບຄໍາຕັດສິນທີ່ຕັດສິນໂດຍ *My Choice Wisconsin*. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານສາມາດຍື່ນການອຸທອນໄດ້, ຖ້າຫາກທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານປະຕິເສດການບໍລິການ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ. ຕົວຢ່າງອື່ນໆແມ່ນຄໍາຕັດສິນໃນການຫຼຸດ ຫຼື ສິ້ນສຸດບໍລິການ ຫຼື ເພື່ອປະຕິເສດການຈ່າຍເງິນຄ່າບໍລິ ການ.

ແມ່ນໃຜແດ່ສາມາດຍື່ນອຸທອນ?

ການອຸທອນອາດຈະຍື່ນໂດຍຂໍ້ໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານ
- ຜູ້ຕັດສິນໃຈດ້ານກົດໝາຍຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ.
- ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນທີ່ທ່ານໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບ Medicaid.
- ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຕົວຢ່າງ: ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.

ຂ້ອຍສາມາດຂໍອຸທອນບັນຫາປະເພດໃດໄດ້ແດ່?

ທ່ານມີສິດໃນການຍື່ນຂໍການອຸທອນໃນເຫດການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1.) ທ່ານສາມາດຂໍການອຸທອນໄດ້, ຖ້າຫາກວ່າ *My Choice Wisconsin*:

- ວາງແຜນທີ່ຈະຢຸດ, ລະງັບ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການໃນຕອນນີ້.
- ຕັດສິນໃຈປະຕິເສດບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍ ແລະ ບໍລິການນັ້ນແມ່ນຢູ່ໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດຂອງ Family Care.*
- ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃນແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດ.*

ຖ້າຫາກພວກເຮົາປະຕິບັດສິ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຢູ່ຂ້າງເທິງ, ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງ **"Notice of Adverse Benefit Determination (ແຈ້ງການເລື່ອງການກໍານົດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄວາມເສຍປຽບ)"** ຫາທ່ານ. ແຈ້ງການນີ້ມີວັນທີ

ທີ່ພວກເຮົາວາງແຜນວ່າຈະຢຸດ, ລະງັບ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ. ເພື່ອເບິ່ງວ່າ Notice of Adverse Benefit Determination (ແຈ້ງການເລື່ອງການກຳນົດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄວາມເສຍປຽບ) ເປັນແນວໃດ, ໄປທີ່ **ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ** ເອກະສານຊ ້ ອນທ ້ າຍ 4.

> *ໝາຍເຫດ: Family Care ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດ (ເບ ິ ່ ງໜ ້ າ 32-34). ຖ້າຫາກທ່ານຂໍການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້, *My Choice Wisconsin* ບໍ່ຈ□າເປັນຕ້ອງ ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຈ່າຍເງິນຄ່າການບໍລິການ. ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄຳຂໍຂອງທ່ານ, ແຕ່ຖ້າ ພວກເຮົາປະຕິເສດ, ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍອຸທອນຄ□າຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພວກເຮົາຈະສື່ສານກັບທ່ານເພື່ອແຈ້ງທ່ານວ່າບໍລິການທີ່ທ່ານຂໍນັ້ນບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແພັ

2.) ທ່ານສາມາດຂໍການອຸທອນກັບ *My Choice Wisconsin* ໄດ້, ຖ້າຫາກວ່າ:

- ການມີສິດໃນການເຮັດວຽກຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ.
- ທ່ານບໍ່ມັກແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຍ້ອນວ່າມັນ:
  - ບໍ່ສະໜັບສະໜູນທ່ານໃນການໃຊ້ຊີວິດຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.
  - ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນທີ່ພຽງພໍຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້.
  - ຂໍໃຫ້ທ່ານຕອບຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ອຸປະກອນການສະໜັບສະໜູນທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ ຫຼື ທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າເປັນຂໍ້ຈຳກັດທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ.
- *My Choice Wisconsin* ບໍ່ສາມາດ:
  - ຈັດກຽມ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການໄດ້ທັນເວລາ.
  - ປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາເພື່ອແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານ.
  - ຄອບຄຸມການບໍລິການຂອງທ່ານຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ຖ້າຫາກທ່ານເປັນສະມາຊິກຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດຊົນນະບົດທີ່ຢູ່ໃນອົງກອນເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ມີການຈັດການດູແລພຽງແຫ່ງດຽວ.
- *My Choice Wisconsin* ຂໍໃຫ້ DHS ຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານ.
- *My Choice Wisconsin* ຂໍໃຫ້ທ່ານຈ່າຍເງິນຈຳນວນທີ່ທ່ານບໍ່ເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຄ້າງຈ່າຍ.

ໃນສະຖານະການແບບນີ້, *My Choice Wisconsin* ຈະສົ່ງໜັງສືກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານໃນການອຸທອນໃຫ້ແ ກ່ ທ່ານ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໜັງສືກ່ຽວກັບສິດໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນອ່ານເອກະສານນີ້ຢ່າ ງ ລະອຽດ. ເອກະສານອາດຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາ ກ ທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບໜັງສື ຫຼື ແຈ້ງການ, ທ່ານສາມາດໂທຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກເພື່ອ ຂໍ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຂ້ອຍຈະຍື່ນການອຸທອນໄດ້ແນວໃດ?

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຍື່ນການອຸທອນ, ທ່ານຕ້ອງເລີ່ມຂະບວນການໂດຍການຕິດຕໍ່

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

ການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນໄລຍະການອຸທອນຂອງທ່ານກັບ *My Choice Wisconsin*

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍການອຸທອນກ່ອນແຜັກເກັດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການນັ້ນຈົນກວ່າຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຂອງ *My Choice Wisconsin* ຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນໄລຍະການອຸທອນຂອງທ່ານກັບ *My C hoice Wisconsin* , ທ່ານຕ້ອງ:

- ຈົ່ງກາພາຍໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວການອຸທອນຂອງທ່ານ ***ໃນ ຫຼື ກ່ອນ*** ວັນທີທີ່ *My Choice Wisconsin* ວາງແຜນວ່າຈະຢຸດ, ລະງັບ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ.
- ຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານຕະຫຼອດໄລຍະເວລາການອຸທອນຂອງທ່ານກັບ *My Choice Wisconsin* .

ຖ້າ ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ ຂອງ *My Choice Wisconsin* ຕັດສິນວ່າຄຳຕັ ດ ສິນຂອງ *My Choice Wisconsin* ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດສ່ວນ

ເງິນທີ່ ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນເຮັດການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າການຈ່າຍເງິນຄືນເຮັດໃຫ້
ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ຄືນກໍ່ໄດ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນການອຸທອນ, ທ່ານສາມາດລົມກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດ ຂອງສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin*. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ອາດຈະເປັນສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ, ທະນາຍ, Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ຫຼື ໃຜກໍຕາມທີ່ຕ້ອງການຊ່ວຍ ເຫຼືອ. ໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກ Family Care ທຸກຄົນໃນການອຸທອນ.
(ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ແມ່ນຢູ່ໃນໜ້າ 60.)

ຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານກັບ *My Choice Wisconsin*

ເພື່ອຍື່ນການອຸທອນກັບ *My Choice Wisconsin* ທ່ານສາມາດ:

- ໂທຫາ *My Choice Wisconsin*. ຖ້າຫາກທ່ານເລີ່ມຂະບວນການອຸທອນໂດຍການໂທຫາພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະຂໍໃຫ້ທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກສາມາດ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຂຽນການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການ.
- ສົ່ງໜັງສື ຫຼື ແຟັກແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ຫຼື ຕິດຂັດແບບຟອມຄຳຮ້ອງໃສ່ໃນອີເມວ. ເບິ່ງເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 5 ສຳລັບແບບຟອມການຮ້ອງຂໍສະບັບສຳເນົາ. ທ່ານສາມາດ ເບິ່ງແບບຟອມອອນລາຍໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm.
- ຂຽນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໃນຈົດໝາຍ ຫຼື ໃນເອກະສານ ແລະ ສົ່ງ ຫຼື ແຟັກມັນໄປຫາທີ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້.
- ສົ່ງອີເມວຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ໄປຫາທີ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້.

ເພື່ອເລີ່ມຂະບວນການອຸທອນໂດຍໂທລະສັບ, ໂທ ຫຼື ແຟັກ:

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

ຖ້າຫາກທ່ານເລີ່ມຂະບວນການອຸທອນໂດຍການໂທຫາພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະຂໍໃຫ້ທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ເພື່ອເລີ່ມຂະບວນການອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ສົ່ງ ຫຼື ອີເມວແບບຟອມການຮ້ອງຂໍ, ໜັງສື ຫຼື ເອກະສານໄປທີ່:

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226

ທ່ານສາມາດເອົາແບບຟອມການອຸທອນໄດ້ໃນອອນລາຍຢູ່ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm. ເບິ່ງເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 5 ສຳລັບແບບຟອມການຮ້ອງຂໍສະບັບສຳເນົາ.

ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນການອຸທອນກັບ *My Choice Wisconsin* ແມ່ນມື້ໃດ?

ຄຳອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ *My Choice Wisconsin* ຕ້ອງໄດ້ມີການໝາຍໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວບໍ່ຊ້າກວ່າ 60 ວັນຈາກວັນທີ່ຢູ່ໃນ **Notice of Adverse Benefit Determination** (ແຈ້ງການການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ ເປັນຜົນເສຍ). ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການໃນວັນທີ 1 ສິງຫາ, ການອຸທອນຂອງທ່ານຕ້ອງມີການ ໝາຍໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງທາງອີເມວໃນວັນທີ ຫຼື ກ່ອນວັນທີ 30 ກັນຍາ.

ຖ້າຫາກ *My Choice Wisconsin* ກຳລັງຖືກຢຸດ, ລະງັບ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນໄລຍະການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານມີການຈຳໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ໃນ ຫຼື ກ່ອນ ວັນທີ *My Choice Wisconsin* ວາງແຜນທີ່ຈະປ່ຽນແປງການບໍລິການຂອງທ່ານ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

ຖ້າຫາກທ່ານຍື່ນການອຸທອນກັບ *My Choice Wisconsin*, ພວກເຮົາຈະສົ່ງໜັງສືຫາທ່ານພາຍໃນຫ້າວັນທາງ ລັດຖະການເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະພະຍາຍາມຊ່ວຍແກ້ໄຂຂໍ້ກັງວົນໃຈຂອງທ່ານຢ່າງເປັນທາງການ ຫຼື ຊອກຫາວິທີແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ໃຫ້ຄວາມພໍໃຈກັບທັງ *My Choice Wisconsin* ແລະ ທ່ານ. ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຊອກຫາວິທີແກ້ໄຂບັນຫາ ຫຼື ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຕ້ອງ ການເຮັດວຽກກັບພະນັກງານ *My Choice Wisconsin* ເພື່ອແກ້ໄຂຄວາມກັງວົນໃຈຂອງທ່ານຢ່າງເປັນທາງ ການ, ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງພວກເຮົາຈະໄປພົບທ່ານເພື່ອທົບທວນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ພວກເຮົາຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ໃນເວລາທີ່ຄະນະກຳມະການວາງແຜນທີ່ຈະໄປພົບທ່ານເພື່ອທົບທວນການອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຄະນະກຳມະການປະກອບດ້ວຍຜູ້ຕາງໜ້າ *My Choice Wisconsin* ແລະ "ລູກຄ້າ" ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄົນ. ລູກຄ້າແມ່ນຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກພວກເຮົາ ຫຼື ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງລູກຄ້າ. ບາງຄັ້ງຄົນອື່ນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຊຳນານໃນເລື່ອງການອຸທອນຂອງ ທ່ານອາດຈະເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄະນະກຳມະການ.
- ການປະຊຸມແມ່ນເປັນຄວາມລັບ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ລູກຄ້າບໍ່ຢູ່ໃນຄະນະໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານກັງວົນກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຫຼື ມີຂໍ້ກັງວົນອື່ນໆ.
- ທ່ານມີສິດໃນການຂໍອຸທອນດ້ວຍຕົນເອງ. ທ່ານອາດຈະເອົາຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ໝູ່ເພື່ອນ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານຳໄດ້.
- ທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານອື່ນໆຂອງ *My Choice Wisconsin* ອາດຈະເຂົ້າຮ່ວມປະຊຸມ.
- ຄະນະກຳມະການຈະໃຫ້ໂອກາດທ່ານໃນການອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີຕໍ່ກັບຄຳຕັດສິນຂອງທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານສາມາດສະແດງຂໍ້ມູນ, ຫຼັກຖານ ຫຼື ຄຳໃຫ້ການໄດ້. ທ່ານສາມາດໃຊ້ພະຍານ ຫຼື ຊີ້ແຈງຄວາມກັງວົນໃຈຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຄະນະກຳມະການເຂົ້າໃຈທັດສະນະຂອງທ່ານໄດ້.
- ຫຼັງຈາກທີ່ຄະນະກຳມະການໄຕ່ສວນການອຸທອນຂອງທ່ານ, *My Choice Wisconsin* ຈະສົ່ງໜັງສືຄຳຕັດສິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຂອງວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. *My Choice Wisconsin* ອາດຈະໃຊ້ເວລາເຖິງ 44 ວັນໃນການແຈ້ງຄຳຕັດສິນ, ຖ້າຫາກ:
    - ທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນກັບຄະນະກຳມະການ.

- ພວກເຮົາຕ້ອງການເວລາໃນການຮວບຮວມຂໍ້ມູນ. ຖ້າຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງໜັງສືແຈ້ງຫາທ່ານກ່ຽວກັບເຫດຜົນຂອງຄວາມຊັກຊ້າ.

ເລັ່ງຄຳອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ໄວຂຶ້ນ.

My Choice Wisconsin ມີເວລາ 30 ວັນໃນການຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ພວກເຮົາ ເລັ່ງຄຳອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ໄວຂຶ້ນໄດ້. ພວກເຮົາເອີ້ນສິ່ງນີ້ວ່າ "ການອຸທອນແບບເລັ່ງດ່ວນ" ຖ້າຫາກທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເລັ່ງການອຸທອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະຕັດສິນວ່າສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມສາມາດຂອງທ່ານໃນການເຮັດກິດຈະວັດປະຈຳວັນຕ້ອງການການອຸທອນແບບເລັ່ງດ່ວນຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ໃຫ້ ໄວທີ່ສຸດ, ຖ້າຫາກພວກເຮົາຈະເລັ່ງການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ໃນການອຸທອນແບບເລັ່ງດ່ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຂອງການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ***My Choice Wisconsin*** ອາດຈະຕໍ່ເວລານີ້ອອກໄປເຖິງ 14 ວັນ, ຖ້າຫາກຈຳເປັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຖ້າຫາກວ່າການຊັກຊ້າແມ່ນດີທີ່ສຸດຕໍ່ຕົວທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຂໍ້ ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາ, ທ່ານຈະຕ້ອງສົ່ງມັນໃຫ້ໄວ.

ເພື່ອຂໍການອຸທອນເລັ່ງດ່ວນ, ຕິດຕໍ່: My Choice Wisconsin Member Rights Specialist 10201 W Innovation Drive Suite 100 Wauwatosa, WI 53226 Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448 TTY: 711

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກຂ້ອຍບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຂອງຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ?

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດກັບ Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ໄດ້. ທ່ານຕ້ອງດຳເນີນການດັ່ງກ່າວພາຍ ໃນ 90 ວັນຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງ ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ. ທ່ານຍັງ ສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້, ຖ້າຫາກ ***My Choice Wisconsin*** ບໍ່ສາມາດສົ່ງຄຳຕັດສິນເປັນ ລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ແກ່ທ່ານພາຍໃນ 30 ທີ່ໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ: ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳໄດ້ຈົນກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ ຫຼື ຄະນະກຳມະການບໍ່ສາມາດສົ່ງຄຳຕັດສິນທີ່ ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ແກ່ທ່ານໄດ້ກົງເວລາ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ

ຖ້າທ່ານຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການໄຕ່ສວນກັບຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງທີ່ເປັນເອກະລາດ. ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງທີ່ເປັນເອກະລາດບໍ່ໄດ້ມີຄວາມສຳພັນກັບ *My Choice Wisconsin*.

ທ່ານສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດທາງອອນລາຍໄດ້ຢູ່ທີ່ https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAAdministrativeHearingProcess.aspx.

ຂ້ອຍຈະຍື່ນໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້ແນວໃດ?

ໃນການຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ, ທ່ານສາມາດ:

- ສົ່ງແບບຟອມສະເໜີໄປທີ່ **Division of Hearings and Appeals** (ພະແນກການໄຕ່ສວນ ແລະ ການອຸທອນ). ແບບຟອມສະເໜີແບບອອນລາຍມີໃຫ້ຢູ່ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm . ທ່ານຍັງສາມາດຂໍແບບຟອມສະບັບສຳເນົາຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກຂອງ *My Choice Wisconsin* ຫຼື ຈາກອົງກອນສະໜັບສະໜູນທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ (ເບິ່ງໜ້າທີ 60). ຕົວຢ່າງຂອງແບບຟອມນີ້ຢູ່ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 6.
- ສົ່ງໜັງສືທາງໄປສະນີ. ລວມເອົາຊື່, ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ. ອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຂໍການອຸທອນ.

ຕ້ອງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ໃສ່ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໃນແບບຟອມສະເໜີ ຫຼື ເອກະສານ ແລະ ຕິດຂັດຄຳຕັດສິນການອຸທອນຂອງ *My Choice Wisconsin* ມາພ້ອມກັບໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດຂອງ ທ່ານ. ຖ້າຫາກ *My Choice Wisconsin* ບໍ່ໃຫ້ຄຳຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຕິດຂັດຈົດໝາຍຂອງ *My Choice Wisconsin* ທີ່ຕອບຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຢ່າສົ່ງເອກະສານໃດໆເປັນສະບັບແທ້. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການຂຽນການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້.

ເພື່ອຍື່ນໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ

ສົ່ງໃບສະເໜີທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ ຫຼື ໜັງສືຂໍການໄຕ່ສວນໄປທີ່:

Wisconsin Division of Hearings and Appeals
Family Care Request for Fair Hearing
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875
ອີເມວ: dhamail@wisconsin.gov
ແຟັກ: 608-264-9885

ກຳນົດເວລາສຸດທ້າຍທີ່ຈະຍື່ນໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳແມ່ນເມື່ອໃດ?

- ໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານຕ້ອງມີກາຈ້ຳໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກບໍ່ເກີນ 90 ວັນຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໜັງສືຄຳຕັດສິນຈາກຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ໄຕ່ສວນຂອງ ***My Choice Wiscon sin***
  ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງ ***My Choice Wisconsin*** ທາງໄປສະນີໃນວັນທີ 1 ສິງຫາ, ການສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານຕ້ອງມີກາຈ້ຳໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກກ່ອນວັນທີ 30 ຕຸລາ.
- ທ່ານຍັງສາມາດສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳໄດ້, ຖ້າຫາກ ***My Choice Wisconsin*** ບໍ່ໃຫ້ຄຳຕັດ ສິນແກ່ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຈາກມື້ທີ່ໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ໃນກໍລະນີນັ້ນ, ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນຈາກມື້ທີ່ຄຳຕັດສິນຂອງ ***My Choice Wisconsin*** ສິ້ນສຸດເພື່ອຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ.

  ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກ ***My Choice Wisconsin*** ມີເວລາຈົນຮອດ 1 ກັນຍາໃນການໃຫ້ຄຳຕັດສິນແກ່ທ່ານ ແລະ ບໍ່ໃຫ້ຄຳຕັດສິນແກ່ທ່ານໃນມື້ນັ້ນ, ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 2 ກັນຍາ ທ່ານມີເວລາຈົນຮອດວັນທີ 1 ທັນວາໃນການສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ.

ການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນການຫຼຸດ, ການງົດ ຫຼື ການສິ້ນສຸດການບໍລິການ

ຖ້າຫາກມີການສືບຕໍ່ໃຫ້ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນໄລຍະການອຸທອນຂອງທ່ານກັບ ***My Choice Wisconsin***, ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ບໍລິການແບບດຽວກັນຈົນກວ່າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງຕັດສິ ນ ການສະເໜີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນໄລຍະການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ຈົ່ງກາໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານ *ໃນ ຫຼື ກ່ອນ* ວັນທີ ທ

  My Choice Wisconsin ວາງແຜນວ່າຈະຢຸດ, ງົດ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ.
- ຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານຕະຫຼອດໄລຍະເວລາການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານ.

ຖ້າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງຂອງທ່ານຕັດສິນວ່າ *My Choice Wisconsin* ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດສ່ວນເກີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງເຮັດການຕັດສິນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ຄືນກໍ່ໄດ້.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

- ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສົ່ງໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳເຂົ້າໄປແລ້ວ, Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ຈະໃຫ້ທ່ານຮູ້ວັນທີ ແລະ ເວລາ ແລະ ສະຖານທີ່ຂອງການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ.
- ການໄຕ່ສວນຈະເຮັດສຳເລັດທາງໂທລະສັບ ຫຼື ມັນອາດຈະດຳເນີນການທີ່ຫ້ອງການໃນເຂດຂອງທ່ານ.
- ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງຈະດຳເນີນການໄຕ່ສວນ.
- ທ່ານມີສິດໃນການເຂົ້າຮ່ວມການໄຕ່ສວນ. ທ່ານອາດຈະເອົາຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ, ໝູ່ເພື່ອນ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານຳໄດ້.
- ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານ *My Choice Wisconsin* ຄົນອື່ນໆຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການ ໄຕ່ສວນເພື່ອອະທິບາຍຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໂອກາດໃນການອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີຕໍ່ກັບຄຳຕັດສິນຂອງທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານສາມາດສະແດງຂໍ້ມູນ, ນຳເອົາພະຍານມາ ຫຼື ຊີ້ແຈງຂໍ້ກັງວົນໃຈຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງເຂົ້າໃຈເຖິງທັດສະນະຂອງທ່ານ.

- ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງຂອງທ່ານຕ້ອງປະກາດຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 90 ວັນຂອງວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນ.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນການອຸທອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບສິດດ້ານການເງິນຂອງທ່ານສຳລັບ **Family Care** ໄດ້.

- ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ, ພະນັກງານຈາກໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບຈະກວດສອບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຍັງມີສິດດ້ານການເງິນຕໍ່ກັບ Family Care. ຖ້າຫາກທ່ານມີສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບຍັງຕ້ອງເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຈະຈ່າຍເງິນໃນຈຳນວນທີ່ຖືກຕ້ອງ.
- ຖ້າຫາກໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບຂອງທ່ານຕັດສິນວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດດ້ານການເງິນຕໍ່ກັບ Family Care ອີກຕໍ່ໄປ ຫຼື ເວົ້າວ່າການຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈະປ່ຽນແປງ, ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບຂອງທ່ານຈະສົ່ງເອກະສານພ້ອມກັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານໃນ Family Care ໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ເອກະສານສະບັບນີ້ຈະມີຄຳວ່າ "ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າທຳອິດ. ໜ້າສຸດທ້າຍມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານໃນການສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ.

> ການສະເໜີຂໍການອຸທອນກັບ Division of Hearings and Appeals (ພະແນກການໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ແມ່ນວິທີດຽວໃນການຄັດຄ້ານຄຳຕັດສິນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສິດທາງດ້ານການເງິນສຳລັບ Family Care. ນີ້ລວມເອົາຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ.

ຂ້ອຍສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ແດ່, ຖ້າຫາກຂ້ອຍບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຂອງຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ?

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີຕໍ່ກັບຄຳຕັດສິນຂອງຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ, ທ່ານມີສອງທາງເລືອກ.

1.) ສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນອີກຄັ້ງ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ Division of Hearings and Appeals (ພະແນກການໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ພິຈາລະນາຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາອີກຄັ້ງ, ທ່ານຕ້ອງຂໍພາຍໃນ 20 ວັນຈາກວັນທີຄຳຕັດສິນຂອງຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ. ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງຈະອະນຸຍາດໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນໄດ້ອີກຄັ້ງ, ຖ້າໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງຝ່າຍປະຕິບັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
    - ທ່ານສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຄວາມຜິດພາດຢ່າງຮ້າຍແຮງຕໍ່ຄວາມຈິງ ຫຼື ກົດໝາຍເກີດຂຶ້ນ
    - ທ່ານມີຂໍ້ມູນໃໝ່ທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບ ແລະ ສະແດງໃນການໄຕ່ສວນຄັ້ງທຳອິດ

2.) ນຳຄະດີຂອງທ່ານໄປສູ່ສານເຄື່ອນທີ່. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການນຳຄະດີຂອງທ່ານໄປສານ, ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງພາຍໃນ 30 ວັນຈາກວັນທີຂອງຄຳຕັດສິນຂອງຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ.

ແມ່ນໃຜຈະສາມາດຊ່ວຍຂ້ອຍໃນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນຂອງຂ້ອຍໄດ້?

ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາໜຶ່ງໃນຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກຂອງ ***My Choice Wisconsin*** ໄດ້ທຸກເວລາທີ່ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ ຫຼື ທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນພ້ອມທີ່ຈະຕອບຄຳຖາມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສາມາດບອກທ່ານໄດ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍຮັບປະກັນວ່າ ***My Choice Wisconsin*** ສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ບາງຄົນເຮັດໜ້າທີ່ ເປັນຜູ້ສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານໄດ້, ລວມທັງສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ, ທະນາຍຄວາມ ຫຼື ໃຜກໍ່ຕາມທີ່ ຍິນດີຊ່ວຍເຫຼືອ.

ລຸ່ມນີ້ແມ່ນບາງສະຖານທີ່ທີ່ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກອາດຈະສາດໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນອື່ນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ຄືກັນ.

ໂຄງການ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ)

ໂຄງການ ombudsmen (ຜູ້ກວດກາ) ໃນພາກພື້ນແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກ Family Care ທຸກຄົນໃນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ພວກເຂົາສາມາດຕອບຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງທ່ານໄດ້ໃນທັນທີ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວທັງໂຄງການ ombudsmen (ຜູ້ກວດກາ) ຈະໃຊ້ການເຈລະຈາແບບບໍ່ເປັນທາງການເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານໂດຍປາສະຈາກການໄຕ່ສວນ. ໜ່ວຍງານຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກ Family Care ຄື:

ສໍາລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
ໂທເກັບເງິນປາຍທາງ: 800-815-0015
TYY: 711
ແຟັກ: 608-246-7001
ອີເມວ: boaltc@wisconsin.gov
http://longtermcare.wi.gov

ສໍາລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
ໂທເກັບເງິນປາຍທາງ: 800-928-8778
TTY: 711
ແຟັກ: 833-635-1968
ອີເມວ: info@drwi.org
www.disabilityrightswi.org

ພາກທີ 9. ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຢູ່ໃນ *My Choice Wisconsin*

ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຢູ່ໃນ *My Choice Wisconsin* ໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ ແລະ ທ່ານສາມາດເລືອກວັນທີທີ່ທ່ານຕ້ອງການຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດແນະນຳ ຫຼື ສົ່ງເສີມໃຫ້ທ່ານຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ Family Care ເນື່ອງຈາກສະຖານະການ ຫຼື ສະພາບການຂອງທ່ານໄດ້.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ມີບາງສະຖານະການທີ່ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ແມ່ນທາງເລືອກຂອງທ່ານກໍຕາມ. ຕົວຢ່າງ: ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ, ຖ້າຫາກທ່ານສູນເສຍການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid.

ທ່ານຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຜ່ານ *My Choice Wisconsin* ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກ ຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ. ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດໄດ້ຍ້ອນວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດອີກຕໍ່ໄປ ຫຼື ຍ້ອນວ່າທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈຮັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວນອກໂຄງການ Family Care. ນີ້ອາດຈະ ລວມເອົາການຕັດສິນໃຈເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວອື່ນ ຫຼື ອົງກອນຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລອື່ນ, ຖ້າມີໃຫ້.

1.) ທ່ານຕ້ອງການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງ Family Care.

ເພື່ອສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ຕິດຕໍ່ຫາ ADRC ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ (ເບິ່ງໜ້າ 12-15) ສໍາລັບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່). ADRC ຈະດໍາເນີນການຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານ ແລະ ຖາມທ່ານວ່າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນອົງກອນຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລອື່ນ ຫຼື ໂຄງການ Medicaid ອື່ນຫຼືບໍ່ເຊັ່ນ: ໂຄງການ IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (ກວມລວມ, ເຄົາລົບ, ຂ້ອຍກໍາກັບຕົນເອງ. ADRC ຈະຊ່ວຍທ່ານເຮັດການປັບປ່ຽນ ແລະ ປ່ຽນແປງບໍລິການຂອງທ່ານໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນໂຄງການ ຫຼື ອົງກອນໃໝ່ຂອງທ່ານ.

2.) ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຈາກ Family Care ຖ້າຫາກສິດຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ.

My Choice Wisconsin ຕ້ອງລາຍງານຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຢູ່ທາງລຸ່ມກັບໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບ. ພະນັກງານ ຮັກສາລາຍຮັບຈະທົບທວນຂໍ້ມູນນັ້ນເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ Family Care ຫຼືບໍ່. ຖ້າຫາກພວກ ເຂົາກໍານົດວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດອີກຕໍ່ໄປ, ພວກເຂົາຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຢູ່ໃນ Family Care. ເຫດຜົນທີ່ທ່ານອາດຈະເສຍການມີສິດໄດ້ຮັບລວມມີ:

- ສະຖານະການດ້ານການເງິນຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ, ເຊິ່ງອາດຈະກໍ່ໃຫ້ເກີດຄວາມເສຍຫາຍຕໍ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານສໍາລັບ Family Care

- ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄືບຖ້ວນຕາມທີ່ກຳນົດໂດຍ Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (ການກວດສອບຄວາມສາມາດເຮັດວຽກສຳລັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງຜູ້ສູງອາຍຸ) ອີກຕໍ່ໄປ.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ
- ທ່ານຕັ້ງໃຈໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ
- ທ່ານຢູ່ໃນຄຸກ
- ທ່ານມີອາຍຸ 21-64 ປີ ແລະ ທ່ານໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍດ້ວຍພະຍາດທາງຈິດ
- ທ່ານໄດ້ຍ້າຍອອກຈາກເຂດບໍລິການຂອງ *My Choice Wisconsin* ຢ່າງຖາວອນ. ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ເດີນທາງໄລຍະຍາວ, ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງທີມເບິ່ງແຍງດູຂອງທ່ານ.

3.) *My Choice Wisconsin* **ອາດຈະສິ້ນສຸດການເຂົ້າຮ່ວມ Family Care ຂອງທ່ານໂດຍໄດ້ຮັບການອະ ນຸ ມັດຈາກ DHS.**

My Choice Wisconsin ອາດຈະຂໍໃຫ້ DHS ຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານຍ້ອນວ່າ:

- ທ່ານຢຸດຮັບການບໍລິການເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 30 ວັນ ແລະ ພວກເຮົາບໍ່ຮູ້ວ່າຍ້ອນຫຍັງ.
- ທ່ານປະຕິເສດການເຂົ້າຮ່ວມໃນການວາງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານໄດ້.
- ທ່ານສືບຕໍ່ປະພຶດຕົນໃນທາງທີ່ລົບກວນ ແລະ ບໍ່ປອດໄພຕໍ່ກັບພະນັກງານ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນອື່ນໆ.

DHS ຈະກວດສອບການສະເໜີຂໍຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຂົາຈະຕັດສິນວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຄວນສິ້ນສຸດຫຼືບໍ່.

ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ*ບໍ່ສາມາດ*ສິ້ນສຸດໄດ້ຍ້ອນສຸຂະພາບຂອງທ່ານອ່ອນເພຍລົງ ຫຼື ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການຫຼາຍຂຶ້ນ.

ທ່ານມີສິດໃນການຂໍການອຸທອນ, ຖ້າຫາກທ່ານຖືກຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ **Family Care** ຫຼື ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຢູ່ໃນ ***My Choice Wisconsin*** ສິ້ນສຸດລົງ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືຈາກໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍ ຮັບທີ່ບອກທ່ານວ່າຍ້ອນຫຍັງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຈຶ່ງສິ້ນສຸດລົງ. ເອກະສານສະບັບນີ້ຈະມີຄຳວ່າ "ກ່ຽວ ກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າທຳອິດ. ເອກະສານຈະອະທິບາຍກ່ຽວກັບວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນ ການອຸທອນ. (ເບິ່ງພາກທີ 8 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.)

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ

1. ນິຍາມຂອງຄຳສັບທີ່ສຳຄັນ

ການລ່ວງລະເມີດ – ການລ່ວງລະເມີດດ້ານຮ່າງກາຍ, ຈິດໃຈ ຫຼື ທາງເພດຂອງບຸກຄົນ. ການລ່ວງລະເມີດຍັງລວມເອົາການປະປ່ອຍ, ການສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດທາງການເງິນ, ການປິ່ນປົວໂດຍປາສະຈາກຄວາມຍິນຍອມ ແລະ ການຄຸມຂັງ ຫຼື ການຈຳກັດຢ່າງບໍ່ມີເຫດຜົນ.

ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ – ພະນັກງານຜູ້ທີ່ດຳເນີນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂັດແຍ່ງລະຫວ່າງສະມາຊິກ ແລະ ອົງກອນຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຄຳສັ່ງລ່ວງໜ້າ – ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບຄວາມປາຖະໜາຂອງບຸກຄົນກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ. ຄຳສັ່ງລ່ວງໜ້າແມ່ນຖືກໃຊ້ເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພະນັກງານທາງການແພດປະຕິບັດຕາມຄວາມປາຖະໜາເຫຼົ່ານັ້ນໃນເວລາທີ່ບຸກຄົນນັ້ນບໍ່ສາມາດສື່ສານໄດ້.

ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ – ຄົນຜູ້ທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າອົງກອນເບິ່ງແຍງຈັດການຂອງທ່ານໄດ້ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຮັດວຽກກັບອົງກອນເບິ່ງແຍງຈັດການຂອງທ່ານເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂັດແຍ່ງຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ຍັງອາດຈະສາມາດເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນໃຈຍື່ນການອຸທອນ ຫຼື ຮ້ອງທຸກ.

Aging and Disability Resource Center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ) **(ADRC)** ແມ່ນບ່ອນທຳອິດທີ່ຕ້ອງໄປເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນກາງໃນທຸກໆດ້ານຂອງຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຍຸ ຫຼື ການໃຊ້ຊີວິດກັບຄວາມພິການ. ADRC ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຈັດການເຂົ້າຮ່ວມ ແລະ ການຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Family Care.

ການອຸທອນ – ຄຳຮ້ອງສະເໜີຂໍໃຫ້ອົງກອນເບິ່ງແຍງຈັດການຂອງທ່ານເພື່ອກວດສອບຄຳຕັດສິນທີ່ຖືກປະຕິເສດ, ຫຼຸດຜ່ອນ ຫຼື ລະງັບການບໍລິການ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຕິເສດທີ່ຈະຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການ ຫຼື ສິ້ນສຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໃນການຍື່ນຂໍການອຸທອນ.

ຊັບສິນ – ຊັບສິນລວມມີບໍ່ຈຳກັດແຕ່ລົດ, ເງິນ, ແຊັກ ແລະ ບັນຊີຝາກປະຢັດ ແລະ ມູນຄ່າເງິນສົດ, ໜັງສືຮັບຮອງເງິນຝາກ, ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ ແລະ ມູນຄ່າເງິນສົດຂອງປະກັນໄພຊີວິດ.

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບ Medicaid – ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນທີ່ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ ສືບຕໍ່ **Medicaid** ໂດຍການນຳໃຊ້ແບບຟອມ
F-10126A (www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm)
ຫຼື F-10126B (www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf).

ແພັກເກັດຜົນປະໂຫຍດ – ບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຂອງ Family Care. ນີ້ລວມມີບໍ່ຈຳກັດແຕ່ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນບຸກຄົນ, ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ການເດີນທາງ, ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດ.

ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ – ແຜນການເບິ່ງແຍງດູທີ່ບັນທຶກປະສົບການສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ, ຄວາມຕ້ອງການ, ຄວາມພໍໃຈ ແລະ ຈຸດແຂງຂອງທ່ານ. ແຜນການທີ່ລະບຸບໍລິການທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ລະບຸບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ອົງກອນເບິ່ງແຍງດູແລຈັດການຈະມອບໃຫ້.

ທີມເບິ່ງແຍງດູແລ – ສະມາຊິກ Family Care ທຸກໆຄົນທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍທີມເບິ່ງແຍງດູແລ, ເຊິ່ງລວມເຖິງສະມາຊິກ ແລະ ຢ່າງໜ້ອຍພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ແພດທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ. ທ່ານ ແລະ ທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານປະເມີນຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ, ລະບຸ ຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ ຂອງທ່ານ ແລະ ແພດທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ຮ່ວມມື ແລະ ຕິດ ຕາມການບໍລິການຂອງທ່ານ.

ຕົວເລືອກ – ໂຄງການ Family Care ສະໜັບສະໜູນຕົວເລືອກຂອງສະມາຊິກໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ. ທາງເລືອກໝາຍເຖິງການອອກຄຳເຫັນກ່ຽວກັບວິທີ ແລະ ເວລາຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ.

ການຮ່ວມຈ່າຍ – ຈຳນວນເງິນສະເພາະ (ຕົວຢ່າງ $5) ທ່ານຈ່າຍສຳລັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ຄອບຄຸມ.

ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ – ເງິນລາຍເດືອນທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Family Care.

ຄວາມຄຸ້ມຄ່າ – ຕົວເລືອກທີ່ສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ກຳນົດດ້ວຍຄວາມພະຍາຍາມ ແລະ ລາຄາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ.

Department of Health Services (ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ) (DHS) – ອົງກອນ State of Wisconsin ທີ່ດຳເນີນໂຄງການ Medicaid ຂອງ Wisconsin, ລວມທັງ Family Care.

ການກວດສອບຂອງ **DHS** – ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກໂດຍ Department of Health Services (ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ) (DHS). DHS ເຮັດວຽກຮ່ວມກັບ MetaStar ເພື່ອກວດສອບ ແລະ ເຮັດຄຳຕັດສິນຂັ້ນສຸດທ້າຍກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ.

ຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ/ການຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ – ຂະບວນການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນ Family Care.

Division of Hearings and Appeals (ພະແນກການໄຕ່ສວນ ແລະ ການອຸທອນ) – ໜ່ວຍງານ State of Wisconsin ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ.

ເຂົ້າຮ່ວມ/ການເຂົ້າຮ່ວມ – ການເຂົ້າຮ່ວມໃນ **Family Care** ແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ. ໃນການເຂົ້າຮ່ວມ, ບຸກຄົນຕ້ອງຕິດຕໍ່ aging and disability resource center (ສູນແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຄົນພິການ ແລະ ສູງອາຍຸ) (ADRC) ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງພວກເຂົາ.

Estate Recovery (ການກູ້ອະສັງຫາລິມະຊັບຄືນ) – ຂະບວນການທີ່ State of Wisconsin ຊອກຫາການຈ່າຍຄືນເງິນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງບໍລິການ Medicaid ໃນເວລາທີ່ບຸກຄົນໄດ້ຮັບເງິນທຶນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງ Medicaid. ລັດຮຽກຄືນເງິນຈາກຊັບສິນຂອງບຸກຄົນຫຼັງຈາກທີ່ບຸກຄົນ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງລາວເສຍຊີວິດ.

ການອຸທອນເລັ່ງດ່ວນ – ຂັ້ນຕອນທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ເພື່ອເລັ່ງການອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອົງກອນເບິ່ງແຍງດູແລຈັດການໃຫ້ເລັ່ງການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າການລໍຖ້າເວລາຕາມມາດຕະຖານສາມາດເປັນອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການເຮັດກິດຈະວັດປະຈໍາວັນຂອງທ່ານ.

Family Care – ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງ Medicaid ທີ່ຊ່ວຍຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ພັດທະນາການ ຫຼື ຄວາມຮັບຮູ້. ຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການນີ້ໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຊ່ວຍພວກເຂົາອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງພວກເຂົາເມື່ອເປັນໄປໄດ້.

ການມີສິດໄດ້ຮັບດ້ານການເງິນ – ການມີສິດໄດ້ຮັບດ້ານການເງິນຫຼາຍເຖິງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid. ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍໄດ້ປະເມີນລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນຂອງບຸກຄົນເພື່ອລະບຸວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີ ສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼືບໍ່. ທ່ານຕ້ອງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຢູ່ໃນ Family Care.

ການມີສິດໄດ້ຮັບຢ່າງຖືກຕ້ອງຄົບຖ້ວນ – Wisconsin Long Term Care Functional Screen (ການກວດສອບຄວາມສົມບູນຄົບຖ້ວນຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງລັດວິສຄອນຊິນ) ກຳນົດວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຢ່າງຖືກຕ້ອງຄົບຖ້ວນສຳລັບ Family Care ຫຼືບໍ່. ການກວດສອບຄວາມສາມາດໃນການເຮັດວຽກເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດກິດຈະກຳຕ່າງໆເຊັ່ນ: ການອາບນໍ້າ, ການແຕ່ງຕົວ ແລະ ການນຳໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າ.

ການຮ້ອງທຸກ – ການສະແດງຄວາມບໍ່ພໍໃຈຕໍ່ກັບການເບິ່ງແຍງດູແລ, ການບໍລິການ ຫຼື ເລື່ອງທົ່ວໄປອື່ນໆ. ຫົວຂໍ້ຂອງການຮ້ອງທຸກມີຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລ, ຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງທ່ານ ແລະ ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ສິດຂອງສະມາຊິກ.

ຜູ້ປົກຄອງ – ສານອາດຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນ, ຖ້າຫາກບຸກຄົນນັ້ນບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈຕໍ່ກັບຊີວິດຂອງລາວ.

ໜ່ວຍງານຮັກສາລາຍຮັບ – ພະນັກງານຈາກອົງກອນຮັກສາລາຍຮັບຈະກຳນົດສິດທາງດ້ານການເງິນສຳລັບ Medicaid, Family Care ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດອື່ນໆ.

ຜູ້ຕັດສິນໃຈດ້ານກົດໝາຍ – ຄົນຜູ້ທີ່ມີອຳນາດທາງກົດໝາຍໃນການຕັດສິນໃຈໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກ. ຜູ້ຕັດສິນໃຈດ້ານກົດໝາຍອາດຈະແມ່ນຜູ້ປົກຄອງຂອງບຸກຄົນ ຫຼື ຊັບສິນ (ຫຼື ທັງສອງ), ຜູ້ຮັກສາ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຕົວແທນພາຍໃຕ້ໜັງສືມອບອຳນາດສຳລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ດ້ານການ ເງິນ .

ລະດັບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລ – ໝາຍເຖິງຈຳນວນຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອເຮັດກິດຈະວັດປະຈຳວັນຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລ "ບ້ານພັກຄົນຊະລາ" ຫຼື ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລ "ບໍ່ແມ່ນບ້ານພັກຄົນສະລາ" ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບ **Family Care**.

Long-Term Care (ການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) – ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການທີ່ຄົນອາດຈະຕ້ອງການຍ້ອນຄວາມພິການ, ການເລີ່ມເຖົ້າຂຶ້ນ ຫຼື ມີພະຍາດຊຳເຮື້ອທີ່ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງພວກເຂົາໃນການເຮັດສິ່ງທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງເຮັດໃນແຕ່ລະມື້. ນີ້ລວມເອົາສິ່ງຕ່າງໆເຊັ່ນ: ການອາບນ້ຳ, ການແຕ່ງຕົວ, ການເຮັດອາຫານ ແລະ ໄປເຮັດວຽກ. ການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວສາມາດໃຫ້ບໍລິການທີ່ບ້ານ, ໃນຊຸມຊົນ ຫຼື ໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ ແລະ ສະຖານທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອການຢູ່ອາໄສ.

ຜົນໄດ້ຮັບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ – ສະຖານະການ, ເງື່ອນໄຂ ຫຼື ເຫດການທີ່ທ່ານ ຫຼື ທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານເຫັນວ່າເພີ່ມຄວາມເປັນອິດສະລະຂອງທ່ານສູງສຸດ.

ອົງກອນການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ – ອົງກອນທີ່ດຳເນີນງານໂຄງການ Family Care.

Medicaid – ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ແລະ ດ້ານການແພດທີ່ດຳເນີນງານໂດຍ Wisconsin Department of Health Services (ພະແນກການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງວິສຄອນຊິນ) (DHS). Medicaid ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ "Medical Assistance," "MA," ແລະ "Title 19." ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ Medicaid ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເປັນສະມາຊິກ Family Care .

Medicare –ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານກາງໃຫ້ແກ່ຄົນທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ບາງຄົນທີ່ອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 65 ປີທີ່ພິການບາງຢ່າງ ແລະ ຄົນທີ່ເປັນພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງຂັ້ນສຸດທ້າຍ (ໄຕວາຍຖາວອນທີ່ຕ້ອງໄດ້ຟອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ປ່ຽນຖ່າຍໄຂ່ຫຼັງ). Medicare ຄຸ້ມຄອງການເຂົ້າໂຮງໝໍ, ບໍລິການຂອງແພດ, ຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ບໍລິການອື່ນໆ.

ສະມາຊິກ – ຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດດ້ານການເຄື່ອນໄຫວ ແລະ ການເງິນ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນ Family Care.

ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກ – ພະນັກງານອົງກອນເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຜູ້ທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈເຖິງສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດຂອງສະມາຊິກຊ່ວຍທ່ານເລື່ອງຄວາມກັງວົນໃຈຕໍ່ກັບການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ການບໍລິການ ແລະ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ.

MetaStar – ໜ່ວຍງານທີ່ **Wisconsin Department of Health Services** (ພະແນກການບໍລິການສຸຂະພາບ) **(DHS)** ເຮັດວຽກນຳເພື່ອກວດສອບ ແລະ ເຮັດການຕັດສິນຄັ້ງສຸດທ້າຍຕໍ່ກັບການຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອຕາມທຳມະຊາດ –ຄົນໃນຊີວິດຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ໄດ້ເລືອກທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ –ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລມີຄວາມຕ້ອງການບາງຢ່າງໃນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, ແຕ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ. ຊຸດບໍລິການມີຈຳນວນຈຳກັດຂອງ Family Care ແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລນີ້.

Notice of Adverse Benefit Determination (ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເສຍປຽບ) – ແຈ້ງການທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກໜ່ວຍງານເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ອະທິບາຍເຖິງຄວາມປ່ຽນແປງໃນການບໍລິການ ແລະ ເຫດຜົນຂອງການປ່ຽນແປງ. ໜ່ວຍງານເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຕ້ອງສົ່ງແຈ້ງການກ່ຽວກັບການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເສຍປຽບໃຫ້ແກ່ທ່ານ, ຖ້າຫາກພວກເຂົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕໍ່ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ປະຕິເສດການຈ່າຍເງິນສຳລັບບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ວາງແຜນທີ່ຈະຢຸດ, ງົດ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການ.

ການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບສິດໃນການອຸທອນ – ໜັງສືທີ່ອະທິບາຍກ່ຽວກັບຕົວເລືອກຂອງທ່ານໃນການຍື່ນອຸທອນ. ໜ່ວຍງານເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຕ້ອງສົ່ງໜັງສືແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດໃນການອຸທອນ, ຖ້າຫາກພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການບໍລິການໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ບໍ່ທັນຕາມກຳນົດເວລາສຳລັບການຍື່ນອຸ ທອນ.

ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ – ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລນີ້ມີຄວາມຕ້ອງການທີ່ສຳຄັນພຽງພໍທີ່ພວກເຂົາຈະມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ. ບໍລິການຈຳນວນຫຼວງຫຼາຍຂອງ Family Care ແມ່ນມີໃຫ້ທີ່ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລນີ້.

Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) – ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ສືບສວນຄວາມກັງວົນໃຈທີ່ໄດ້ຮັບການລາຍງານ ແລະ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານແກ້ໄຂບັນຫາການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ການບໍລິການຂອງທ່ານ.

ຜົນໄດ້ຮັບກ່ຽວກັບປະສົບການສ່ວນຕົວ – ເປົ້າໝາຍໃນຊີວິດຂອງທ່ານ.

ໃບມອບສິດສຳລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ – ເອກະສານທາງກົດໝາຍທີ່ບຸກຄົນສາມາດນຳໃຊ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ບາງຄົນເຮັດການຕັດສິນກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບໃນນາມຂອງພວກເຂົາໃນກໍລະນີທີ່ພວກເຂົາບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ.

ການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ (ການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ) – ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຕ້ອງອະນຸມັດການບໍລິການຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບພວກມັນ (ຍົກເວັ້ນໃນກໍລະນີສຸກເສີນ). ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການ ຫຼື ໄປຫາຜູ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ໜ່ວຍງານເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງອາດຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນຄ່າບໍລິການ.

ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ – ໜ່ວຍງານ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ໜ່ວຍງານເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຮັດສັນຍານຳເພື່ອໃຫ້ການບໍລິການ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລວມເຖິງຜູ້ດູແລ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ບ້ານ, ໜ່ວຍງານດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານ, ສະຖານທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບ້ານພັກຄົນຊະລາ. ທີມເບິ່ງແຍງດູແລຕ້ອງອະນຸຍາດການບໍລິການຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລືອກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຈາກບັນຊີລາຍຊື່.

ການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ – ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລໃນທີ່ຢູ່ອາໄສລວມເອົາບ້ານຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ສະຖານທີ່ຢູ່ອາໄສຢູ່ໃນຊຸມຊົນ, ສູນອາພາດເມັ້ນເບິ່ງແຍງດູແລໃນທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ບ້ານພັກຄົນຊະລາ.

ຂະບວນການ **Resource Allocation Decision** (ການຕັດສິນການຈັດສັນຊັບພະຍາກອນ) **(RAD)** ເຄື່ອງມືທີ່ທ່ານ ແລະ ທີມຂອງທ່ານນຳໃຊ້ເພື່ອຊອກຫາວິທີທີ່ມີປະສິດທິພາບ ແລະ ມີປະສິດທິຜົນທີ່ສຸດເພື່ອໃຫ້ບັນລຸຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ແລະ ສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.

ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ – ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບາງສ່ວນໃນສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລໃນທີ່ຢູ່ອາໄສກ່ຽວຂ້ອງກັບຄ່າເຊົ່າ ແລະ ອາຫານ. ສະມາຊິກຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຈ່າຍເງິນຄ່າຫ້ອງ ແລະ ອາຫານຂອງພວກເຂົາ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ – ວິທີຂອງທ່ານໃນການຈັດກຽມ, ຊື້ ແລະ ຄວບຄຸມບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວບາງຢ່າງຂອງທ່ານ. ດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ, ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະຄວບຄຸມ ແລະ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບ, ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງງົບປະມານສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ອາດຈະຄວບຄຸມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ລວມເຖິງຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຈ້າງ, ຝຶກອົບຮົມ, ຊີ້ນຳ ແລະ ການປົດຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລໂດຍກົງຂອງທ່ານ.

ເຂດບໍລິການ – ເຂດທີ່ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ເພື່ອທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມ ແລະ ສືບຕໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ *[insert MCO name]*.

ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ – ການໄຕ່ສວນດຳເນີນການໂດຍຜູ້ຕັດສິນກົດໝາຍການປົກຄອງຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ກັບ Division of Hearing and Appeals (ພະແນກການໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ຂອງ State of Wisconsin.

2. ນິຍາມຂອງບໍລິການໃນແພັກເກັດ ຜົນປະໂຫຍດ Family Care

ນິຍາມການບໍລິການສະລະສິດກ່ຽວກັບບ້ານ ແລະ ຊຸມຊົນເປັນຫຼັກ ນິຍາມແບບເຕັມໆແມ່ນມີໃຫ້ຕາມຄຳຂໍ ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກທີ່ລະດັບການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນບ້ານພັກຄົນຊະລາ.
ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອແບບປັບໄດ້ແມ່ນການຄວບຄຸມ ຫຼື ການນຳໃຊ້ທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນເພີ່ມຄວາມສາມາດຂອງພວກເຂົາໃນການເຮັດກິດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳວັນ ຫຼື ຄວບຄຸມສະພາບແວດລ້ອມທີ່ພວກເຂົາອາໄສຢູ່ (ລວມທັງລົບຂອງຄົນເຈັບ, ສະວິດຄວບຄຸມ ແລະ ອື່ນໆ). ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອແບບປັບໄດ້ຍັງແມ່ນບໍລິການທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ຄົນເຂົ້າເຖິງ, ມີສ່ວນຮ່ວມ ແລະ ເຮັດວຽກໃນຊຸມຊົນຂອງພວກເຂົາ. ນີ້ລວມເຖິງການປັບປຸງພາຫະນະ (ເຊັ່ນ: ຕົວຍົກໃນລົດ, ລະບົບຄວບຄຸມດ້ວຍມື) ແລະ ອາດຈະລວມເຖິງການສັ່ງຊື້ໝາບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຊື່ສຽງໃນເບື້ອງຕົ້ນ, ການຝຶກອົບຮົມຫຼັງການຊື້ກັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ມີຊື່ສຽງທີ່ຈຳເປັນຕໍ່ກັບສະມາຊິກ ແລະ ໝາທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກ ອົບຮົມສຳເລັດແລ້ວໃນການເຮັດວຽກຮ່ວມກັນ ແລະ ສືບຕໍ່ຮັກສາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບໝາບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຊື່ສຽງ. (ໃນເວລາທີ່ສະມາຊິກໄດ້ຮັບໝາບໍລິການເປັນຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ສະມາຊິກຈື່ວ່າລາວເປັນເຈົ້າຂອງໝາບໍລິການ ແລະ ເຫັນດີທີ່ຈະຮັບຜິດຊອບ ແລະ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການກະທຳຂອງໝາບໍລິການ).
ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລຜູ້ໃຫຍ່ເວລາກາງເວັນແມ່ນການໃຫ້ບໍລິການສຳລັບສ່ວນໜຶ່ງຂອງວັນໃນສະຖານທີ່ກຸ່ມທີ່ບໍ່ແມ່ນທີ່ຢູ່ອາໄສແກ່ຜູ້ໃຫຍ່ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການປະສົບການທາງສັງຄົມ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບກິດຈະກຳການໃຊ້ຊີວິດ, ການຈັດການ ແລະ/ຫຼື ການປົກປ້ອງ. ບໍລິການອາດຈະລວມເອົາການນຳພາ ແລະ ເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນບຸກຄົນ, ອາຫານເບົາ, ການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດ ແລະ ການເດີນທາງໄປ ແລະ ກັບຈາກສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລກາງເວັນ.
ອຸປະກອນການສື່ສານ/ເຕັກໂນໂລຊີຊ່ວຍເຫຼືອໝາຍເຖິງສິ່ງຂອງ, ຊິ້ນສ່ວນອຸປະກອນ ຫຼື ລະບົບສິນຄ້າທີ່ເພີ່ມ, ຮັກສາ ຫຼື ປັບປຸງຄວາມສາມາດໃນການເຄື່ອນໄຫວຂອງສະມາຊິກໃນເຮືອນ, ບ່ອນເຮັດວຽກ ແລະ ໃນຊຸມຊົນ. ບໍລິການລວມເອົາອຸປະກອນ ຫຼື ບໍລິການທີ່ຊ່ວຍສະມາຊິກໃຫ້ໄດ້ຍິນ, ເວົ້າ ຫຼື ເບິ່ງເຊັ່ນ: ລະບົບການສື່ສານ, ອຸປະກອນຊ່ວຍການ ໄດ້ຍິນ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເວົ້າ, ຕົວແປພາສາ ແລະ ອຸປະກອນອີເລັກໂຕນິກ (ແທັບເລັດ, ອຸປະກອນມືຖື, ຊອບແວ).

ບໍລິການຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລ (ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າການຈັດການກັບກໍລະນີ ຫຼື ການປະສານງານການບໍລິການ) ແມ່ນໃຫ້ບໍລິການໂດຍທີມຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລ. ສະມາຊິກແມ່ນຈຸດໃຈກາງຂອງທີມເບິ່ງແຍງດູແລ. ຢ່າງໜ້ອຍທີມປະກອບດ້ວຍແພດທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ ແລະ ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ /ຜູ້ຈັດການການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ອາດຈະລວມເອົາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານອື່ນໆຕາມຄວາມເໝາະສົມກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງສະມາຊິກ ແລະ ຄອບຄົວ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບທຳມະຊາດອື່ນໆທີ່ສະມາຊິກສະເໜີຂໍ. ບໍລິການລວມມີການປະເມີນ, ການວາງແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ, ການອະນຸຍາດການບໍລິການ ແລະ ການຕິດຕາມສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີຂອງສະມາຊິກ.
ບໍລິການປິ່ນປົວ ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານການປິ່ນປົວຊ່ວຍຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ແລະ ພະນັກງານຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງໃຫ້ສືບຕໍ່ດຳເນີນການປິ່ນປົວ ຫຼື ແຜນການສະໜັບສະໜູນຂອງສະມາຊິກ ບໍລິການລວມເອົາການປະເມີນ, ການສ້າງແຜນການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນ, ແຜນການສະໜັບສະໜູນ, ແຜນການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເຕັກນິກເພື່ອດຳເນີນແຜນການ. ບໍລິການຍັງລວມເຖິງການຝຶກອົບຮົມຂອງຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ພະນັກງານທີ່ໃຫ້ການບໍລິການແກ່ສະມາຊິກທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການຊັບຊ້ອນ (ນອກເໜືອຈາກການເບິ່ງແຍງດູແລເປັນປະຈຳ).
ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສຶກສາຂອງລູກຄ້າແມ່ນບໍລິການທີ່ຖືກອອກແບບເພື່ອຊ່ວຍຄົນທີ່ມີຄວາມພິການໃນການພັດທະນາທັກສະການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ, ສະໜັບສະໜູນການກຳນົດທິດທາງຕົນເອງ, ນຳໃຊ້ສິດພົນລະເມືອງ ແລະ ຮັບເອົາທັກສະທີ່ຈຳເປັນເພື່ອໃຊ້ການຄວບຄຸມ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ. ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ລວມມີການສຶກສາ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມຂອງສະມາຊິກ, ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ ແລະ ຜູ້ຕັດສິນໃຈທາງດ້ານກົດໝາຍຂອງພວກເຂົາ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງອາດຈະລວມມີຄ່າທຳນຽມການສະໝັກ, ປຶ້ມ ແລະ ອຸປະກອນການສຶກສາອື່ນໆ ແລະ ການເດີນທາງສຳລັບໄລຍະການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ກິດຈະກຳອື່ນໆທີ່ຄ້າຍຄືກັນ.
ບໍລິການປິ່ນປົວ ແລະ ໃຫ້ຄຳປຶກສາແມ່ນບໍລິການໃນການປິ່ນປົວພະຍາດສ່ວນຕົວ, ສັງຄົມ, ດ້ານຮ່າງກາຍ, ທາງການແພດ, ການປະພຶດ, ອາລົມ, ຄວາມຮັບຮູ້, ສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ສິ່ງມຶນເມົາ ຫຼື ການຕິດສິ່ງເສບຕິດອື່ນໆ. ບໍລິການອາດຈະລວມເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປັບຕົວຕາມອາຍຸ ແລະ ຄວາມພິການ, ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສ້າງຄວາມສຳພັນກັບຄົນ, ການບຳບັດດ້ວຍສິລະປະ, ການປຶກສາດ້ານໂພຊະນາການ, ການປຶກສາດ້ານການແພດ, ການປຶກສາດ້ານນ້ຳໜັກ ແລະ ການປຶກສາກ່ຽວກັບຄວາມທຸກ.
ການຝຶກອົບຮົມທັກສະການໃຊ້ຊີວິດປະຈຳວັນສອນສະມາຊິກ ແລະ ຜູ້ສະໜັບສະໜູນຕາມທຳມະຊາດຂອງພວກເຂົາກ່ຽວກັບທັກສະໃນການເຮັດກິດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳວັນ, ລວມເຖິງທັກສະໃນການເພີ່ມຄວາມເປັນອິດສະລະຂອງສະມາຊິກ ແລະ ການເຂົ້າຮ່ວມໃນຊີວິດຊຸມຊົນ. ຕົວຢ່າງລວມມີການສອນການບໍລິຫານເງິນ, ການສືບຕໍ່ການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ, ການກະກຽມອາຫານ, ການຝຶກການເຄື່ອນໄຫວ, ທັກສະການເບິ່ງແຍງດູແລຕົນເອງ ແລະ ທັກສະທີ່ຈຳເປັນໃນການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ນຳໃຊ້ຊັບພະຍາກອນຂອງຊຸມຊົນ.

ບໍລິການກາງວັນແມ່ນການໃຫ້ບໍລິການກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນສະຖານທີ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນບ່ອນຢູ່ອາໄສ (ສູນກາງເວັນ) ເພື່ອເພີ່ມການພັດທະນາສັງຄົມ ແລະ ເພື່ອພັດທະນາທັກສະໃນການປະຕິບັດກິດຈະກຳການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນ ແລະ ການຢູ່ອາໄສໃນຊຸມຊົນ.
ບໍລິການບໍລິຫານຈັດການດ້ານການເງິນຊ່ວຍສະມາຊິກ ແລະ ຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາຈັດການກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການບໍລິການ ຫຼື ຈັດການກັບການເງິນສ່ວນຕົວຂອງພວກເຂົາ. ບໍລິການນີ້ລວມມີຄົນ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ບໍລິການຫຼັງຈາກທີ່ສະມາຊິກອະນຸມັດການຈ່າຍເງິນຄ່າບໍລິການທີ່ລວມຢູ່ໃນແບບການສະໜັບສະໜູນຕົນເອງຂອງສະມາຊິກ. ບໍລິການບໍລິຫານຈັດການດ້ານການເງິນຍັງລວມເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກໃນການວາງງົບປະມານເງິນທຶນສ່ວນຕົວເພື່ອຮັບປະກັນວ່າແຫຼ່ງທຶນມີໃຫ້ສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຮືອນ ແລະ ສິ່ງຈຳເປັນອື່ນໆ.
ການສົ່ງອາຫານຮອດບ້ານ (ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ "meals on wheels") ລວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຈັດຊື້ ແລະ ວາງແຜນອາຫານ, ເຄື່ອງໃຊ້, ອຸປະກອນ, ແຮງງານ ແລະ ການເດີນທາງເພື່ອໄປສົ່ງອາຫານໜຶ່ງ ຫຼື ສອງຄັ້ງຕໍ່ມື້ໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດກຽມ ຫຼື ໄດ້ຮັບອາຫານທີ່ມີໂພຊະນາການໂດຍປາສະຈາກຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.
ການປັບປຸງເຮືອນແມ່ນການໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ອຸປະກອນເພື່ອປະເມີນຄວາມຕ້ອງການ, ການຈັດການ ແລະ ໃຫ້ການປັບປຸງ ຫຼື ການປັບປຸງທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງສະມາຊິກເພື່ອໃຫ້ການເຂົ້າເຖິງ ຫຼື ເພີ່ມຄວາມປອດໄພ. ການປັບປຸງເຮືອນອາດຈະລວມເອົາວັດສະດຸ ແລະ ການບໍລິການເຊັ່ນ: ທາງຊັນ, ຂັ້ນໄດຍົກ, ຕົວຍົກລົດເຂັນ, ການປັບເຮືອນຄົວ/ຫ້ອງນ້ຳ, ການເຂົ້າເຖິງແບບສະເພາະ/ການດັດປັບຄວາມປອດໄພ ແລະ ການນຳໃຊ້ສຽງ, ນຳໃຊ້ດອກໄຟ ແລະ ອຸປະກອນໄຟຟ້າທີ່ເພີ່ມການເພິ່ງພາຕົນເອງ ແລະ ຄວາມສາມາດໃນການເຄື່ອນໄຫວຢ່າງເປັນອິດສະລະຂອງສະມາຊິກ.
ການປຶກສາດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສແມ່ນບໍລິການທີ່ຊ່ວຍສະມາຊິກໃນການຊອກຫາທີ່ຢູ່ໃນຊຸມຊົນ, ບ່ອນທີ່ການເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ເຊົ່າເຮືອນແມ່ນແຍກຈາກການໃຫ້ບໍລິການ. ການໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສລວມເອົາການສຳຫຼວດການເປັນເຈົ້າຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ທາງເລືອກໃນການເຊົ່າ, ການລະບຸແຫຼ່ງເງິນທຶນ, ການລະບຸຄວາມຕ້ອງການດ້ານສະຖານທີ່ ແລະ ປະເພດຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສ, ການລະບຸການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການໃນການປັບປຸງ ແລະ ການລະບຸທີ່ຕັ້ງຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ມີໃຫ້.
ລະບົບການຕອບສະໜອງເຫດການສຸກເສີນສ່ວນບຸກຄົນ ແມ່ນລະບົບທີ່ໃຫ້ການເຊື່ອມຕໍ່ການສື່ສານໂດຍກົງ (ທາງໂທລະສັບ ຫຼື ລະບົບອີເລັກໂທຣນິກອື່ນໆ) ລະຫວ່າງບາງຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຊຸມຊົນ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີໃນກໍລະນີເຫດການສຸກເສີນທີ່ກ່ຽວກັບດ້ານຮ່າງກາຍ, ຈິດໃຈ ແລະ ສະພາບແວດ ລ້ອມ .

ບໍລິການກ່ອນໄປປະກອບອາຊີບມີການຮຽນ ແລະ ປະສົບການເຮັດວຽກທີ່ສະມາຊິກສາມາດພັດທະນາທັກສະ ແລະ ຈຸດແຂງທົ່ວໄປ, ທີ່ບໍ່ແມ່ນວຽກສະເພາະເຊິ່ງນຳໄປສູ່ການຈ້າງງານໃນຮູບແບບການຈ້າງງານທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງໃນສະຖານທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນ, ຊຸມຊົນ. ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ພັດທະນາ ແລະ ສອນທັກສະທົ່ວໄປ, ເຊິ່ງລວມເຖິງຄວາມສາມາດໃນການສື່ສານຢ່າງມີປະສິດທິພາບກັບຫົວໜ້າ, ເພື່ອນຮ່ວມງານ ແລະ ລູກຄ້າ, ຍອມຮັບການປະພຶດ ແລະ ການແຕ່ງຕົວຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກໃນຊຸມຊົນໂດຍທົ່ວໄປ, ຄວາມສາມາດໃນການປະຕິບັດຕາມຄຳສັ່ງ, ຄວາມສາມາດໃນການເຂົ້າຮ່ວມການປະຕິບັດວຽກ, ທັກສະການແກ້ໄຂບັນຫາຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ, ຄວາມປອດໄພໃນບ່ອນເຮັດວຽກປົກກະຕິ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມການເຄື່ອນໄຫວ. ບໍລິການກ່ອນໄປປະກອບອາຊີບແມ່ນຖືກອອກແບບໃຫ້ສ້າງເສັ້ນທາງສູ່ການຈ້າງງານໃນຊຸມຊົນທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນສຳລັບຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າທີ່ຈ້າງ ຫຼື ຕ່ຳກວ່າຄ່າແຮງຂັ້ນຕ່ຳ, ແຕ່ບໍ່ໜ້ອຍກວ່າຄ່າແຮງປົກກະຕິ ແລະ ລະດັບຂອງການຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດສຳລັບວຽກແບບດຽວກັນ ຫຼື ຄ້າຍຄືກັນທີ່ດຳເນີນການໂດຍຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ພິການ.
ບໍລິການເຄື່ອນຍ້າຍແມ່ນບໍລິການ ແລະ ສິ່ງຂອງທີ່ສະມາຊິກອາດຈະຕ້ອງການໃນເວລາທີ່ຍ້າຍອອກຈາກສະຖາບັນ ຫຼື ບ້ານຂອງຄອບຄົວໄປສູ່ແຫຼ່ງຈັດສັນທີ່ຢູ່ອາໄສແບບອິດສະລະໃນຊຸມຊົນ. ບໍລິການເຄື່ອນຍ້າຍອາດຈະມີການຈ່າຍເງິນສຳລັບການເຄື່ອນຍ້າຍສິ່ງຂອງສ່ວນຕົວຂອງສະມາຊິກ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການອະນາໄມທົ່ວໄປ ແລະ ບໍລິການຈັດແຈງເຮືອນ, ການຈ່າຍເງິນມັດຈຳ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການເຊື່ອມຕໍ່ສາທາລະນຸປະໂພກ ແລະ ການຕິດຕັ້ງໂທລະສັບ, ການຊື້ເຟີນີເຈີທີ່ຈຳເປັນ, ໂທລະສັບ, ອຸປະກອນແຕ່ງກິນ/ເສີບອາຫານ, ອຸປະກອນທຳຄວາມສະອາດທົ່ວໄປ, ເຄື່ອງໃຊ້ໃນເຮືອນ, ການຕົກແຕ່ງຫ້ອງນອນ ແລະ ຫ້ອງນ້ຳ ແລະ ເຄື່ອງໃຊ້ໃນເຮືອນຄົວ.
ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຢູ່ອາໄສ: ບ້ານຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ **1-2** ຕຽງແມ່ນບ່ອນທີ່ຜູ້ດຳເນີນການໄດ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ, ປິ່ນປົວ, ສະໜັບສະໜູນ ຫຼື ບໍລິການນອກເໜືອຈາກລະດັບຂອງຫ້ອງ ແລະ ອາຫານສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ສອງຄົນ. ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວບໍລິການມີການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ, ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ ແລະ ການຄວບຄຸມດູແລ. ບໍລິການອາດຈະລວມເອົາການເດີນທາງ ແລະ ກິດຈະກຳທາງສັງຄົມ/ການພັກຜ່ອນ, ການປະພຶດ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສັງຄົມ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມທັກສນະການໃຊ້ຊີວິດປະຈຳວັນ.
ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຢູ່ອາໄສ: ບ້ານຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ **3-4** ຕຽງແມ່ນບ່ອນທີ່ຜູ້ໃຫຍ່ 3-4 ຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຢູ່ອາໄສ ແລະ ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ, ປິ່ນປົວ ຫຼື ບໍລິການນອກເໜືອຈາກລະດັບຂອງຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ ແລະ ອາດຈະລວມການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດສູງສຸດເຖິງເຈັດຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດຕໍ່ຜູ້ຢູ່ອາໄສ. ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວບໍລິການມີການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ, ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ ແລະ ການຄວບຄຸມດູແລ. ບໍລິການອາດຈະລວມມີການປະພຶດ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສັງຄົມ, ການຝຶກອົບຮົມທັກສະການໃຊ້ຊີວິດປະຈຳວັນ ແລະ ການເດີນ ທາງ .
ການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ: ສະຖານທີ່ຢູ່ອາໄສຢູ່ໃນຊຸມຊົນເປັນຫຼັກແມ່ນສະຖານທີ່ທີ່ຄືກັບເຮືອນບ່ອນທີ່ຜູ້ໃຫຍ່ຫຼາຍກວ່າ 5 ຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ດຳເນີນງານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຢູ່ອາໄສ ແລະ ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ, ປິ່ນປົວ ຫຼື ບໍລິການນອກເໜືອຈາກລະດັບຂອງຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ ແລະ ອາດຈະລວມການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດສູງສຸດເຖິງສາມຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດຕໍ່ຜູ້ຢູ່ອາໄສ.

ການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ: ສູນລວມອາພາດເມັ້ນເບິ່ງແຍງດູແລການຢູ່ອາໄສແມ່ນສະຖານທີ່ທີ່ຄືກັບເຮືອນ, ສະຖານທີ່ຢູ່ໃນຊຸມຊົນບ່ອນທີ່ຜູ້ໃຫຍ່ຫຼາຍກວ່າຫ້າຄົນອາໄສຢູ່ໃນບ່ອນຢູ່ຂອງພວກເຂົາເອງທີ່ແຍກຈາກກັນ ແລະ ແຕກຕ່າງກັນ. ບໍລິການລວມມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ (ການຊັກເຄື່ອງ, ອະນາໄມເຮືອນ), ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນບຸກຄົນ, ບໍລິການທາງການແພດ (ການຮັກສາບາດແຜ, ການຈັດການດ້ານການປິ່ນປົວ) ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນກໍລະນີສຸກເສີນ.
ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລການພັກຜ່ອນແມ່ນການບໍລິການທີ່ໃຫ້ໃນໄລຍະສັ້ນເພື່ອຜ່ອນຄາຍຄອບຄົວຂອງສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຕົ້ນຕໍຄົນອື່ນໆຈາກຄວາມຄຽດ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການເບິ່ງແຍງດູແລປະຈໍາວັນ. ການເບິ່ງແຍງດູແລການພັກຜ່ອນອາດຈະມີໃຫ້ໃນເຮືອນຂອງສະມາຊິກ, ທີ່ຢູ່ອາໄສ, ໂຮງໝໍ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາ.
ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງແມ່ນບໍລິການທີ່ຊ່ວຍສະມາຊິກໃນການເຮັດກິດຈະກໍາຕ່າງໆ ແລະ ບໍລິການທໍາຄວາມສະອາດເຮືອນທີ່ສະມາຊິກຕ້ອງການໃນການຢູ່ໃນຊຸມຊົນ. ກິດຈະກໍາໃນຊີວິດປະຈໍາວັນລວມມີຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອາບນໍ້າ, ຮັບປະທານອາຫານ, ແຕ່ງຕົວ, ຈັດການເລື່ອງຢາ, ປາກ, ຜົມ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລຜິວ, ການກຽມອາຫານ, ການຈ່າຍເງິນໃບຮຽກເກັບເງິນຕ່າງໆ, ການເຄື່ອນໄຫວ, ການເຂົ້າຫ້ອງນໍ້າ, ການສື່ງຕໍ່ ແລະ ການເດີນທາງ. ສະມາຊິກເລືອກບຸກຄົນ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ຈະໃຫ້ບໍລິການ, ປະຕິບັດຕາມຄໍາສັ່ງຂອງແພດ ແລະ ປະຕິບັດຕາມແຜນທີ່ມີສະມາຊິກເປັນສູນກາງ.
ພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊໍານານ ແມ່ນບໍລິການດ້ານການແພດທີ່ມີທັກສະທີ່ຈໍາເປັນສໍາລັບການປິ່ນປົວທີ່ອາດຈະໃຫ້ບໍລິການໂດຍແພດຝຶກຫັດຂັ້ນສູງ, ແພດທີ່ມີໃບປະກອບວິຊາຊີບ ຫຼື ແພດຝຶກຫັດທີ່ເຮັດວຽກພາຍໃຕ້ການຊີ້ນໍາຂອງແພດທີ່ມີໃບປະກອບວິຊາຊີບ. ແພດທີ່ມີຄວາມຊໍານານມີການສັງເກດ ແລະ ການບັນທຶກອາການ ແລະ ການຕອບສະໜອງ, ຂັ້ນຕອນ ແລະ ເຕັກນິກການແພດທົ່ວໄປ ແລະ ອາດຈະລວມເອົາການປະເມີນເງື່ອນໄຂດ້ານການປິ່ນປົວຂອງສະມາຊິກ ແລະ ສືບຕໍ່ຕິດຕາມເບິ່ງສະພາບການປິ່ນປົວທີ່ອ່ອນເພຍ ແລະ ຊັບຊ້ອນຂອງສະມາຊິກ.
ອຸປະກອນ ແລະ ເຄື່ອງມືທາງການແພດສະເພາະທາງແມ່ນບັນດາອຸປະກອນທີ່ຈໍາເປັນໃນການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງສະມາຊິກ, ການຈັດການກັບສະພາບດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ປັບປຸງການເຄື່ອນໄຫວ ຫຼື ເພີ່ມຄວາມເປັນອິດສະລະ. ອຸປະກອນບາງຢ່າງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດມີແຜ່ນຮອງຢ່ຽວ, ຜ້າປິດແຜ, ແຜ່ນຮອງຢຽບ, ອຸປະກອນເສີມອາຫານ (ທໍ່ສົ່ງອາຫານ), ຢາທີ່ຈໍາໜ່າຍຕາມຂັ້ນວາງທົ່ວໄປ, ສານຫຼໍ່ລື່ນ/ໂລຊັ່ນບໍາລຸງຜິວຕາມທີ່ແພດສັ່ງ, ວິຕາມິນດີຕາມແພດສັ່ງ, ລວມວິຕະມິນຫຼາຍຊະນິດ ຫຼື ອາຫານເສີມແຄວຊຽມ ແລະ ອຸປະກອນ IV.
ນາຍໜ້າຜູ້ສະໜັບສະໜູນແມ່ນຄົນທີ່ສະມາຊິກເລືອກໃຫ້ຊ່ວຍໃນການວາງແຜນ, ຮັບ ແລະ ກໍານົດການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ .

ບໍລິການຈ້າງງານທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ (ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອການຈ່າງງານກຸ່ມຄົນຂະໜາດນ້ອຍ ຫຼື ບຸກຄົນ) ຊ່ວຍສະມາຊິກຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຍ້ອນຄວາມພິການເພື່ອໃຫ້ໄດ້ມາ ແລະ ສືບຕໍ່ການຈ້າງງານທີ່ແຂ່ງຂັນໄດ້ໃນສະພາບແວດລ້ອມການເຮັດວຽກໃນຊຸມຊົນຮ່ວມກັນ. ຜົນໄດ້ຮັບຂອງການບໍລິການນີ້ແມ່ນການຈ້າງງານທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງທີ່ ຫຼື ສູງກວ່າຄ່າແຮງຂັ້ນຕໍ່າໃນສະຖານທີ່ເຮັດວຽກຮ່ວມກັນໃນບ່ອນເຮັດວຽກທົ່ວໄປໃນວຽກທີ່ກົງກັບເປົ້າໝາຍສ່ວນຕົວ ແລະ ທາງດ້ານອາຊີບ. • ບໍລິການຈ້າງງານບຸກຄົນແມ່ນເປັນແບບສ່ວນຕົວ ແລະ ອາດຈະລວມເອົາການຈ້າງງານ/ວຽກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄົ້ນຫາ ຫຼື ການປະເມີນຜົນ, ການວາງແຜນການຈ້າງງານທີ່ເອົາຄົນເປັນຈຸດສູນກາງ, ການຈັດຫາງານ, ການພັດທະນາອາຊີບ, ການພົບປະກັບນາຍຈ້າງທີ່ຄາດຫວັງ, ການວິເຄາະດ້ານອາຊີບ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສອນວຽກ, ການເດີນທາງ, ບໍລິການເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າທາງດ້ານອາຊີບ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອໃຫ້ປະສົບຜົນໃນການເປັນນາຍຕົນເອງ. • ບໍລິການຈ້າງງານກຸ່ມຄົນຂະໜາດນ້ອຍແມ່ນບໍລິການ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມທີ່ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການໃນທຸລະກິດ, ອຸດສາຫະກໍາ ຫຼື ສະຖານທີ່ໃນຊຸມຊົນສໍາລັບກຸ່ມພະນັກງານທີ່ພິການຕັ້ງແຕ່ສອງຫາແປດຄົນ. ຕົວຢ່າງມີທີມເຄື່ອນທີ່ ແລະ ສະມາຊິກກຸ່ມວຽກທຸລະກິດອື່ນໆທີ່ຈ້າງແຮງງານທີ່ພິການເປັນກຸ່ມນ້ອຍເຂົ້າເຮັດວຽກໃນຊຸມຊົນ. ບໍລິການອາດຈະລວມເອົາການຈ້າງງານວຽກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄົ້ນຫາ ຫຼື ການປະເມີນຜົນ, ການວາງແຜນການຈ້າງງານທີ່ເອົາຄົນເປັນຈຸດສູນກາງ, ການຈັດຫາງານ, ການພັດທະນາອາຊີບ, ການພົບປະກັບນາຍຈ້າງທີ່ຄາດຫວັງ, ການວິເຄາະດ້ານອາຊີບ, ຄໍາແນະນໍາດ້ານລະບົບ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສອນວຽກ, ການເດີນທາງ, ບໍລິການເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າທາງດ້ານອາຊີບ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອໃຫ້ປະສົບຜົນໃນການເປັນນາຍຕົນເອງ.
ການເບິ່ງແຍງດູແລຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ບ້ານ ລວມເອົາບໍລິການທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກໃນກິດຈະກໍາປະຈໍາວັນ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການສ່ວນບຸກຄົນໂດຍກົງເພື່ອຮັບປະກັນການເຄື່ອນໄຫວຢ່າງພຽງພໍໃນເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນຂອງພວກເຂົາ. ບໍລິການອາດຈະລວມມີການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແຕ່ງຕົວ, ອາບນໍ້າ, ຈັດການເລື່ອງຢາ, ຮັບປະທານອາຫານ, ການເຂົ້າຫ້ອງນໍ້າ, ການຕົບແຕ່ງ, ການເຄື່ອນໄຫວ, ການຈ່າຍເງິນໃບຮຽກເກັບເງິນ, ການເດີນທາງ ແລະ ວຽກເຮືອນ.
ບໍລິການຝຶກອົບຮົມສໍາລັບຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຊ່ວຍຄົນຜູ້ທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ການຝຶກອົບຮົມ, ຄວາມເປັນເພື່ອນ, ການຊີ້ນໍາ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆແກ່ສະມາຊິກ. ການຝຶກອົບຮົມມີຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບວິທີການປິ່ນຜົວ ແລະ ບໍລິການອື່ນໆທີ່ລວມຢູ່ໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງສະມາຊິກ, ການນໍາໃຊ້ອຸປະກອນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຜນການບໍລິການ ແລະ ຄໍາແນະນໍາທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອຮັກສາຄວາມປອດໄພຂອງສະມາຊິກໃນຊຸມຊົນ.

ການເດີນທາງ (ການເດີນທາງແບບສະເພາະ): ການເດີນທາງໃນຊຸມຊົນ ແລະ ອື່ນໆ • ບໍລິການເດີນທາງໃນຊຸມຊົນຊ່ວຍສະມາຊິກໃນການເຂົ້າເຖິງບໍລິການ, ກິດຈະກໍາ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຂອງຊຸມຊົນ. ບໍລິການອາດຈະລວມມີປີ້ລົດ ຫຼື ບັດເດີນທາງ, ພ້ອມທັງການເດີນທາງຂອງສະມາຊິກ ແລະ ຜູ້ດູແລເພື່ອໃຫ້ເຖິງຈຸດໝາຍປາຍທາງ. ຍົກເວັ້ນການເດີນທາງໃນຍາມສຸກເສີນ (ລົດສຸກເສີນ). • ບໍລິການເດີນທາງອື່ນໆຊ່ວຍໃຫ້ສະມາຊິກທີ່ເພິ່ງພາຕົນເອງໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ, ບໍລິການທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicaid. ບໍລິການອາດຈະລວມມີປີ້ລົດ ຫຼື ບັດເດີນທາງ, ການຈ່າຍຄືນເງິນສໍາລັບໄລຍະທາງສະສົມ, ພ້ອມທັງການເດີນທາງຂອງສະມາຊິກ ແລະ ຜູ້ດູແລເພື່ອໃຫ້ເຖິງຈຸດໝາຍປາຍທາງ. ຍົກເວັ້ນການເດີນທາງທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ, ເຊິ່ງມີໃຫ້ພາຍໃຕ້ການເດີນທາງຂອງຊຸມຊົນ, ເບິ່ງຂ້າງເທິງ. ຍົກເວັ້ນການເດີນທາງໃນຍາມສຸກເສີນ (ລົດສຸກເສີນ).
ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການວາງແຜນດ້ານການປະກອບອາຊີບໃນອະນາຄົດແມ່ນເອີ້ນເປັນຈຸດສູນກາງ, ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການວາງແຜນການຈ້າງງານໂດຍອີງໃສ່ທີມເປັນຫຼັກທີ່ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ສະມາຊິກໃນການຮັບມາ, ສືບຕໍ່ ຫຼື ສ້າງຄວາມກ້າວໜ້າໃນການຈ້າງງານ ຫຼື ການເປັນນາຍຕົນເອງ. ບໍລິການນີ້ລວມເອົາການພັດທະນາການວາງແຜນການຈ້າງງານ, ການສະໜັບສະໜູນ ແລະ ການວິເຄາະຜົນປະໂຫຍດແຮງຈູງໃຈການເຮັດວຽກ, ການປະສານງານກັບທີມຊັບພະຍາກອນ, ການສະແຫວງຫາອາຊີບ ແລະ ການກວດສອບເປົ້າໝາຍການຈ້າງງານ, ການຊ່ວຍເຫຼືອການຊອກວຽກເຮັດ ແລະ ການຕິດຕາມວຽກເຮັດງານທໍາ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນໄລຍະຍາວ.

3. ການສະໝັກຂໍຫຼຸດສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-01827 (09/2020)

STATE OF WISCONSIN
Administrative Rule
DHS 10.34

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

Although completion of this form is voluntary, all the information requested on this form needs to be submitted as part of the approval process. Personally identifiable information is collected on this form for the sole purpose of identifying the program participant and processing the request, and will not be used for any other purpose.

Request for Reduction of Cost Share

- Are you a Family Care, Partnership, or PACE member?
- Do you have to pay a monthly cost share?
- Are you unable to pay your monthly cost share due to your necessary monthly living expenses?

If yes, you may qualify for a reduction of your cost share.

A cost share reduction may make your monthly living expenses more affordable, and allow you to stay enrolled in Family Care, Partnership, or PACE. Necessary monthly living expenses include costs such as mortgage payments, rent, home/renter's insurance, property taxes, utilities, food, clothing, hygiene items, and the cost of operating and maintaining a vehicle.

To request a reduction of your cost share, please complete the attached form, "Application for Reduction of Cost Share," and mail or fax it to the Bureau of Managed Care at:

Member Rights Specialist
Department of Health Services
Bureau of Managed Care
1 West Wilson Street, Room 518
P.O. Box 7851
Madison, WI 53707-7851
Phone: 1-855-885-0287
TTY: 711
Fax: 608-266-5629

Along with the application, you will need to submit proof of your monthly income, your monthly expenses, and the cost share you owe to your MCO each month. The application will tell you what kind of proof is needed and gives examples of the types of documents that provide that proof. The Wisconsin Department of Health Services will review your application to decide if the amount of cost share you pay each month can be reduced. The Department of Health Services will send you a letter approving or disapproving your request. If you have questions, please call 1-855-885-0287.

Who Can Help Me Complete This Form?

If you need help completing this form, you can obtain assistance, free of charge, from the following resource:

Benefit Specialists

A benefit specialist can help answer your questions. Services are free and confidential. To find a benefit specialist in your county of residence, contact your local Aging and Disability Resource Center or county aging office: https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/counties.htm.

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

Answer the questions on this form as completely as you can. If you are filling out this form for someone else, answer the questions as they apply to that person. If more space is needed, attach a separate sheet(s) of paper and indicate the number and letter (if any) of the question you are answering.

Section 1—Applicant Information

Last Name	First Name		Middle Initial
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Telephone Number	Email Address		
Name of Managed Care Organization (MCO) Member is Enrolled in			
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Medicaid ID Number or CARES ID		

Section 2—Authorized Representative (complete this section if applicable)

Last Name—Representative	First Name—Representative		Middle Initial
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Telephone Number	Email Address		

A. Source of Authority to Act as Member's Representative:

Check the boxes that apply. *Proof Required:* For any box you have checked, attach a copy of the document that grants you the authority to act as the member's representative. For example, a signed guardianship order or activated power of attorney document.

☐ Guardian of Estate ☐ Guardian of the Person ☐ Power of Attorney for Finances ☐ Attorney

☐ Power of Attorney for Health Care ☐ Other—Specify:

Section 3—Current Cost Share and Amount of Cost Share Reduction Requested

Answer the questions below. *Proof Required:* Attach a copy of your monthly cost share bill from the MCO or the State of Wisconsin.

A. What is your current monthly cost share amount? *(This is the amount of cost share you must pay to the MCO now.)*	$ per month
B. What is the amount of monthly cost share you can afford to pay? (*This is the amount of cost share you would pay the MCO if your request is fully granted.)*	$ per month

Section 4—Why Cost Share Reduction is Necessary

Please explain why you need a reduction in cost share (attach additional pages, if needed):

Section 5—Past Cost Share Amount	
A. Do you owe the MCO cost share for past months?	☐ Yes ☐ No
B. If yes, how much do you owe?	$

Section 6—Current Income Amount	
List all types of income you receive below. *Proof required:* Attach documentation such as copy of social security statement, annual tax return, statement from a pension or annuity company, paystubs, bank records of deposits into your checking or savings account from social security, pension, or annuity.	
A. Total monthly *gross* income (This is income before taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out).	$ per month
B. Total monthly *net* income (This is the actual income you receive after taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out). Also known as "take-home" pay.	$ per month
C. Source of income	
TYPE	**AMOUNT**
☐ Social Security	$
☐ Pension	$
☐ Annuity	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$

Section 7—Current Monthly Living Expenses	
A. List your total monthly necessary living expenses below. *Proof required*: Attach documentation such as a copy of a mortgage statement, rental agreement or lease, condo fee invoice, property tax bill, insurance bill, utility bill.	
TYPE	**AMOUNT**
☐ Mortgage	$
☐ Rent	$

☐ Home owner's insurance	$
☐ Renter's insurance	$
☐ Property taxes	$
☐ Condo fees	$
☐ Phone	$
☐ Gas	$
☐ Electric	$
☐ Sewer/septic	$
☐ Water	$
☐ Food	$
☐ Clothing	$
☐ Hygiene	$
☐ Maintenance and operation of vehicle	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$

Section 8—Fair Hearing Request

Have you requested a fair hearing with the Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings and Appeals regarding your cost share amount? ☐ Yes ☐ No

If yes, what is the date the hearing occurred or is set to occur?
Date (mm/dd/yyyy)

SIGNATURE – Member or Authorized Representative	Date Signed

4. ແຈ້ງການຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເປັນຜົນເສຍ

my choice WISCONSIN

FAMILY CARE
NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

Mailing Date: Insert Date Notice Mailed

Members Name — Member's ID or MCI Number
Member/Legal Decision Maker's Street Address
City, State Zip Code

Dear Members Name,

This notice confirms our discussion on insert date.

The service or support in question is: insert service in question

After reviewing the options with you using the Resource Allocation Decision (RAD) process, we have decided to:

☐ **Terminate current service.**
Effective date of intended action: ______________________

☐ **Reduce current service.**
Effective date of intended action: ______________________
Description of current level: ______________________
New level after reduction: ______________________

☐ **Suspend current service.**
Effective date of intended action: ______________________
Expected date service will resume: ______________________

☐ **Deny request for service or support.**
Date of request: ______________________

☐ **Limit request for service or support.**
Date of request: ______________________
Description of requested level: ______________________
Authorized level of service or support: ______________________

☐ **Deny payment for service or support.**
Date of request: ______________________
Date(s) service provided: ______________________
Provider or supplier: ______________________
Payment amount being denied: $ ______________________

The reason for our decision is that:

☐ The service or support is not an effective way to support your outcome(s).

☐ You do not need this service or level of service or support to support your outcome.

☐ We are already supporting your outcome in another way.

☐ The service or support you received was not authorized.

☐ An informal support has been identified and has agreed to provide this service or support for you.

☐ The service or support is being performed by a member of your household and the service or support benefits the other individuals residing in the household with you.

☐ Other:

Explanation of the decision: This detailed explanation is for the member. The rationale used to make the decision should always be included along with any recommended alternative(s).

If you disagree with this decision, the following pages describe your options.

Sincerely,

care manager name
care manager title
phone number

RN care manager name
RN Care Manager title
phone number

Appeal Rights

1. How to appeal this decision

If you disagree with this decision, write, call, fax, or email:

MCO name
MCO address
appropriate contact phone number
appropriate fax number
appropriate email address

You can get the Appeal Request form online at www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm, or by calling one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice.

Include a copy of this notice with the completed request form or letter.

2. Grievance and Appeal Committee

After MCO name receives your request, we will set up a meeting with our Grievance and Appeal Committee. The committee is made up of MCO name representatives and at least one person who is also receiving services from us (or represents someone who does).

You have the right to appear in person if you choose. You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony to this committee.

You will receive a written decision on your appeal. If you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision, you can request a state fair hearing. See section 6 for more information.

3. Continuation of services

If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until the Grievance and Appeal Committee makes a decision on your appeal.

If you want to keep your benefits during your appeal, **your request must be postmarked, faxed, or emailed on or before insert effective date of intended action**.

If the Grievance and Appeal Committee decides that MCO name, decision was right, you may need to repay the extra benefits that you received between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

4. Deadline to file your appeal with MCO name

You should file your appeal as soon as possible.

Your appeal to MCO name must be postmarked, faxed, or emailed no later than 60 calendar days from the mailing date on page one of this notice. **Important**: If you would like your benefits to continue during your appeal, your appeal must be postmarked, faxed, or emailed **insert effective date of intended action.**

5. Speeding up your appeal with MCO name

You may ask MCO name to speed up your appeal. If MCO name decides that taking the standard amount of time could seriously harm your health or ability to perform your daily activities, we will grant you a faster appeal called an "expedited appeal." This means you will receive a decision on your case within 72 hours of your request. If you want to learn more about an expedited appeal, contact MCO name at MCO phone number.

6. State fair hearing

You have the right to ask for a state fair hearing if you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision on your appeal.

If you ask for a state fair hearing, you will have a hearing with an independent Administrative Law Judge (ALJ). You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony at the hearing.

MCO name's member rights specialist can assist you with filing a fair hearing request. To contact a member rights specialist, call Member Rights Specialist phone number. You can also get the hearing form from one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice or online at www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm.

Send the completed request form or a letter asking for a hearing and a copy of this notice to:

Family Care Request for Fair Hearing
Wisconsin Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875
Fax: 608-264-9885

Important Note: You cannot request a state fair hearing until you have received the Grievance and Appeal Committee's decision on your appeal or MCO name fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal.

You have 90 calendar days from the date you receive the Grievance and Appeal Committee's written decision on your appeal to request a state fair hearing. If MCO name fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal, the 90 days starts the day after the 30 calendar day period ends.

7. Who can help you understand this notice and your rights?

a. MCO name's member rights specialist can inform you of your rights, try to informally resolve your concerns, and assist you with filing an appeal. The member rights specialist **cannot** represent you at a meeting with our Grievance and Appeal Committee or at a state fair hearing. To contact a member rights specialist, call Member Rights Specialist phone number.

b. Anyone receiving Family Care services can get free help from an **independent ombudsman**. The following agencies advocate for Family Care members:

For members age 18 to 59:
Disability Rights Wisconsin
Toll Free: 800-928-8778
TTY: 711

For members age 60 and older:
Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
Toll Free: 800-815-0015
TTY: 711

Copy of your case file

You have the right to a free copy of the information in your case file related to this decision. Information means all documents, medical records, and other materials related to this decision. If you decide to appeal this decision, you have the right to any new or additional information MCO name gathered during your appeal. To request a copy of your case file, contact appropriate contact at phone number.

5. *[Insert MCO name]* ແບບຟອມຂໍການອຸທອນ

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES **STATE OF WISCONSIN**
Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

Division of Medicaid Services

F-00237 (01/2019)

APPEAL REQUEST – MY CHOICE WISCONSIN

Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify your case and process your request only.

Name – Member		Today's Date
Mailing Address		
City	State WI	Zip Code

☐ Check this box if you would like to appeal My Choice Wisconsin's decision by requesting a meeting with the My Choice Wisconsin Grievance and Appeal Committee.

Continuing your services during an appeal of a reduction, suspension, or termination of a service
If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until a decision on your appeal has been made. If you want to keep your benefits during your appeal, your request must be postmarked or faxed ***on or before*** **the effective date of the intended action**. If the Grievance and Appeal Committee decides that My Choice Wisconsin's decision was correct, you may need to repay the extra benefits that you got between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

☐ **Check this box if you would like to request the same services to continue during your appeal.**

Copy of your case file
You have a right to a free copy of the information in your case file related to your appeal. Information means documents, records and other related material including any new or additional information My Choice Wisconsin gathers during your appeal.

☐ **Check this box if you would like to receive the information in your case file from My Choice Wisconsin related to your appeal.**

_______________________________________ ____________________
SIGNATURE – Member Date Signed

Mail or fax this form to:

My Choice Wisconsin
10201 W Innovation Dr. Suite 200
Wauwatosa WI 53226-4822
Fax: 608-245-3821

To start your appeal as soon as possible, you can call My Choice Wisconsin at 800-963-0035 ext. 3448 before mailing this form. TTY users should call 711.

Your appeal must be postmarked or faxed no later than **60 calendar days** from the date on the Notice of Adverse Benefit Determination.

6. ແບບຟອມສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-00236 (02/2020)

STATE OF WISCONSIN
Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

SECTION A – REQUIRED

Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify the case and process your request only.

Name – Member	Phone	Medicaid ID #
Mailing Address	Program ☐ Family Care ☐ Partnership ☐ PACE	
City / Zip Code	Managed Care Organization (MCO)	
Today's Date	Effective Date of Adverse Benefit Determination	

Continuing your services: If the adverse benefit determination affects your services and your request is received before the effective date, your services in most cases will not stop or be reduced. (If the judge decides that the MCO's decision was right, you may need to repay the extra services that you got between the time you asked for a fair hearing and the time that the judge makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.)

Do you wish your services to be continued? ☐ Yes ☐ No

SECTION B

Complete only if fair hearing request is related to: ☐ Eligibility ☐ Cost Share	Why are you asking for a hearing? (Attach additional sheet if needed.)

SECTION C

Complete only if fair hearing request is related to one of the below. To request a fair hearing related to one of the below, you must first go through your MCO's appeals process.

- ☐ Functional eligibility screen conducted by MCO
- ☐ Reduction, suspension or termination of service/support
- ☐ Denial or limited authorization of a requested service
- ☐ Denial of payment for a service
- ☐ Care plan
- ☐ Failure to provide services/supports in a timely manner
- ☐ Involuntary disenrollment from the MCO
- ☐ Denial of request to dispute a financial liability
- ☐ Denial of request to obtain services outside the MCO's network
- ☐ Failure of the MCO to make an appeal decision within the required timeframe

Why are you asking for a hearing? (Attach additional sheet if needed.)

☐ Yes	☐ No	1.	Did you file an appeal with your MCO's Grievance and Appeal Committee? Date you filed the appeal:
☐ Yes	☐ No	2.	Did you request the same services to continue during your appeal with the MCO?
☐ Yes	☐ No	3.	Have you received a written decision from the MCO's Grievance and Appeal Committee? Attach a copy of the decision to this form **or** briefly describe the decision below: Summary of decision:
☐ Yes	☐ No	4.	If you answered "No" to question 3, when was the MCO's Appeal and Grievance Committee decision due: . (If possible, attach a copy of the MCO's letter that told you when you would receive a decision.) Note: The MCO Appeal and Grievance Committee has up to 30 days to make a decision on your appeal. You must wait to see if the MCO sends you a decision on your appeal by the date in the letter before you can request a fair hearing.

SECTION D - REQUIRED

______________________________ **SIGNATURE** – Member

__________ Date Signed

Mail or fax this form **AND** a copy of the MCO's appeal decision letter (or, if the MCO did not provide you with an appeal decision letter, the MCO's letter informing you of the date by which it would provide you with its decision) to:

Family Care Request for Fair Hearing
c/o Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison WI 53707-7875
Fax: 608-264-9885

Your managed care organization:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact your care manager or a member rights specialist.

7. ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

Notice of Privacy Practices

my choice WISCONSIN

Contact the Privacy Officer:
10201 West Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Email:
dlfamcprivacyofficer@mychoicefamilycare.org
***Toll-free:** 1-833-253-3465*

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. **Please review it carefully.**

Your Privacy Rights

You have the right to:

- Get a copy of your health and claims records
- Correct your health and claims records
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated

➤ ***See page 2** for more information on these rights and how to exercise them*

Your Choices

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Answer coverage questions from your family and friends
- Provide disaster relief
- Market our services and sell your information

➤ ***See page 3** for more information on these choices and how to exercise them*

Our Uses and Disclosures

We may use and share your information as we:

- Help manage the health care treatment you receive
- Run our organization
- Pay for your health services
- Administer your health plan
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

➤ ***See pages 3 and 4** for more information on these uses and disclosures*

Your Privacy Rights

When it comes to your health information, you have certain rights.
This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get a copy of your health and claims records	• You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this. • We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
Ask us to correct health and claims records	• You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this. • We may say "no" to your request, but we'll tell you why in writing within 60 days.
Request confidential communications	• You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. • We will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not.
Ask us to limit what we use or share	• You can ask us **not** to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. • We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care.
Get a list of those with whom we've shared information	• You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. • We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
Get a copy of this privacy notice	• You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
Choose someone to act for you	• If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. • We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
File a complaint if you feel your rights are violated	• You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1. • You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.** • We will not retaliate against you for filing a complaint.

Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
- Share information in a disaster relief situation

If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

In these cases we *never* share your information unless you give us written permission:

- Marketing purposes
- Sale of your information

Our Uses and Disclosures

How do we typically use or share your health information?
We typically use or share your health information in the following ways.

Help manage the health care treatment you receive	• We can use your health information and share it with professionals who are treating you.	***Example:*** *A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.*
Run our organization	• We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary. • **We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage.** This does not apply to long term care plans.	***Example:*** *We use health information about you to develop better services for you.*
Pay for your health services	• We can use and disclose your health information as we pay for your health services.	***Example:*** *We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.*
Administer your plan	• We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration.	***Example:*** *Your company contracts with us to provide a health plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.*

continued on next page

How else can we use or share your health information? We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.**

Help with public health and safety issues	• We can share health information about you for certain situations such as: • Preventing disease • Helping with product recalls • Reporting adverse reactions to medications • Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence • Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
Do research	• We can use or share your information for health research.
Comply with the law	• We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director	• We can share health information about you with organ procurement organizations. • We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests	• We can use or share health information about you: • For workers' compensation claims • For law enforcement purposes or with a law enforcement official • With health oversight agencies for activities authorized by law • For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
Respond to lawsuits and legal actions	• We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, on our web site, and we will mail a copy to you.

Effective Date of Notice: 1/9/2014

This Notice of Privacy Practices applies to the following organization.

My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.
My Choice Wisconsin, Inc.

my choice
WISCONSIN

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org