STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10126AL (03/2024)

REP

ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລຶບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ: ບຸກຄົນ

(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

ປະກອບເອກະສານ ແລະ ສົ່ງ Appoint, Change or Remove an Authorized Representative: Person (ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລຶບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຄື: ແບບຟອມບຸກຄົນ), ແບບຟອມ F-10126A, ເພື່ອແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລຶບລ້າງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ.

ເພື່ອແຕ່ງຕັ້ງ**ອົງການ**ໃດໜຶ່ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ, ປະກອບ ແລະ ສົ່ງເອກະສານ Appoint, Change or Remove an Authorized Representative (ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນແປງ ຫຼື ລຶບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຄື: ແບບຟອມອົງການ): ແບບຟອມອົງການ, F-10126B, ແທນ.

ຖ້າທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງທາງດ້ານບຸກຄົນທາງກົດໝາຍຂອງຊັບສິນ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນ ແລະ ຊັບສິນ ຫຼື ຜູ້ອະນຸລັກ, ບຸກຄົນນັ້ນຕ້ອງແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ບາງຄົນນອກເໜືອພວກເຂົາເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານມີໃບມອບສິດຖາວອນທີ່ໃຊ້ງານໄດ້ສໍາລັບການທາງດ້ານການເງິນ, ທ່ານ ຫຼື ໃບມອບສິດຂອງທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນນັ້ນສາມາດແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ ພຽງແຕ່ກໍລະນີທີ່ສານແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນນັ້ນໃຫ້ສິດອໍານາດແກ່ຜູ້ປົກຄອງ ເພື່ອດໍາເນີນການແທນທ່ານດ້ວຍສິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ.

ໃບມອບສິດສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການດໍາເນີນການແທນທ່ານໃນການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຈະຖືກໃຊ້ສໍາລັບການບໍລິຫານໂດຍກົງຂອງ Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services ແລະ Caretaker Supplement ເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດແມ່ນບຸກຄົນທີ່ລື້ງເຄີຍກັບສະຖານະການໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ທີ່ທ່ານເຊື່ອໃຫ້ດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ. ຄົນໃດໜຶ່ງສາມາດເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານໄດ້, **ຍົກເວັ້ນ**ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຄົນຜູ້ທີ່ຖືກຕັດສິດຈາກການລະເມີດໂຄງການ FoodShare ໂດຍເຈດຕະນາຈະບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໃນຊ່ວງໄລຍະການຖືກຕັດສິດຂອງພວກເຂົາ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າບໍ່ມີໃຜແລ້ວທີ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໄດ້.
- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາຫານແກ່ຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດແກ່ໜ່ວຍງານອາຫານຂອງຄົນບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສໄດ້. (ໜ່ວຍງານອາຫານໝາຍຄວາມວ່າມີຄົນຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນຢູ່ຮ່ວມກັນ ແລະ ເຮັດອາຫານຮ່ວມກັນ.)
- ພະນັກງານຂອງໜ່ວຍງານຜູ້ທີ່ຊ່ວຍກໍານົດສິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໄດ້. ອາດຈະມີການອະນຸມັດໃຫ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນພິເສດໃຫ້ແກ່ພວກເຂົາເພື່ອໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໃນບາງກໍລະນີ.
- ຮ້ານຂາຍສົ່ງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຮັບເງິນໂຄງການ FoodShare ບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໄດ້.

ເມື່ອໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງແລ້ວ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານອາດຈະດໍາເນີນການສິ່ງໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃນນາມຂອງທ່ານ:

- ສະໝັກ ຫຼື ຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄືນໃໝ່
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ
- ເຮັດວຽກກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານໃນວຽກສໍາຄັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ
- ຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ແລະ ຄໍາອຸທອນກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານຕໍ່ໂຄງການທີ່ທ່ານກໍາລັງສະໝັກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມ

ທ່ານຍັງສາມາດເລືອກໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບສໍາເນົາເອກະສານກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ໄດ້ຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ, ເຮັດວຽກຮ່ວມກັບ ForwardHealth Member Services (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະມາຊິກ ForwardHealth) ແລະ HMO (ອົງການຮັກສາສຸຂະພາບ) ໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນກ່ຽວກັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ (ຕົວຢ່າງ: ການປິ່ນປົວ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນ).

ທ່ານ**ບໍ່**ຈໍາເປັນຕ້ອງມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໃນການສະໝັກ ຫຼື ຮັບເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດທີ່ທ່ານໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງໃນແບບຟອມນີ້ສາມາດດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້ຕໍ່ກັບໂຄງການ**ໃດໜຶ່ງ**ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services ແລະ/ຫຼື Caretaker Supplement. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ **ແລະ** Wisconsin Works (W-2), ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານອາດຈະດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານສໍາລັບ W-2.

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດທີ່ທ່ານໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງໃນແບບຟອມນີ້**ບໍ່ສາມາດ**ດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານຕໍ່ກັບໂຄງການ Wisconsin Shares Child Care Subsidy. ຖ້າຫາກທ່ານສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ Wisconsin Shares, ທ່ານຕ້ອງສະໝັກດ້ວຍຕົນເອງ.

REP

ຄຳແນະນຳແບບຟອມ
ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນແມ່ນບໍ່ຄົບຖ້ວນໃນແບບຟອມນີ້, ລວມທັງລາຍເຊັນໃດໜຶ່ງ, ແບບຟອມຈະຖືວ່າບໍ່ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ**ບໍ່ສາມາດ**ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້.

ພາກທີ 1 — ທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກທີ 1. ທ່ານຈະຕ້ອງເລືອກວ່າທ່ານຈະຕ້ອງແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລຶບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຫຼືບໍ່. ທ່ານຍັງຕ້ອງລະບຸຊື່ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງທ່ານເພື່ອທີ່ພວກເຮົາສາມາດລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງແຕ່ງຕັ້ງ ຫຼື ປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ, ໃຫ້ເລືອກວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານໃຫ້ໄດ້ຮັບເອກະສານສະບັບສຳເນົາຫຼືບໍ່. ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ເລືອກເບິ່ງວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານບໍ່. ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານອ່ານ ແລະ ເຫັນດີຕໍ່ກັບການອະນຸຍາດຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລືອກແມ່ນແລ້ວ. ຕໍ່ໄປ, ອ່ານຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ. ຖ້າຫາກທ່ານເຫັນດີ, ເຊັນ ແລະ ຂຽນວັນທີລົງແບບຟອມ.

ພາກທີ 2 — ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກທີ 2. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານຈະຕ້ອງແຈ້ງຊື່ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງພວກເຂົາ. ພວກເຂົາຈະຕ້ອງອ່ານຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຊັນ ແລະ ຂຽນວັນທີລົງໃນແບບຟອມ, ຖ້າຫາກພວກເຂົາເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ຄວາມນັ້ນ.

ພາກທີ 3 — ຖ້າຫາກທ່ານຈະແຕ່ງຕັ້ງ ຫຼື ປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ, ທ່ານຈະຕ້ອງມີບາງຄົນນອກເໜືອຈາກຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເບິ່ງທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້. ບຸກຄົນນີ້ເອີ້ນວ່າພະຍານ. ຖ້າຫາກທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍ “X,” ພະຍານທັງສອງຄົນຕ້ອງເບິ່ງທ່ານເຊັນແບບຟອມ. ພະຍານຈະຕ້ອງລະບຸຊື່, ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີທີ່ພວກເຂົາເຊັນແບບຟອມນີ້.

ການສົ່ງແບບຟອມ
ທ່ານສາມາດສົ່ງແບບຟອມປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານດ້ວຍວິທີໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ທາງອອນລາຍ

ສະແກນແບບຟອມທຸກໜ້າໄປທີ່ ACCESS. ທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງນີ້ຜ່ານບັນຊີ ACCESS ຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງທ່ານສາມາດເຂົ້າສູ່ລະບົບທີ່ access.wi.gov. (**ໝາຍເຫດ:** ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີບັນຊີ ACCESS, ທ່ານສາມາດໄປທີ່ access.wi.gov ແລະ ສ້າງບັນຊີ.)

ໝາຍເຫດ: ທ່ານສາມາດສະແກນແບບຟອມເຂົ້າໃສ່ ACCESS ໄດ້ໃນເວລາສະເພາະເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະແກນແບບຟອມໃສ່ ACCESS ໄດ້, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມດ້ວຍການໃຊ້ວິທີອື່ນ.

ທາງໄປສະນີ

- ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຂດ**ຄາວຕີ້ Milwaukee**, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີຫາ:
  MDPU
  6055 N. 64th St.
  Milwaukee, WI 53218
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນເຂດ **ຄາວຕີ້ Milwaukee**, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີຫາ:
  CDPU
  P.O. Box 5234
  Janesville, WI 53547

ແຟັກ

- ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຂດ **ຄາວຕີ້ Milwaukee**, ໃຫ້ແຟັກແບບຟອມໄປທີ່ເບີ 888-409-1979.
- ຖ້າທ່ານ**ບໍ່**ຢູ່ໃນເຂດ ຄາວຕີ້ Milwaukee, ໃຫ້ແຟັກແບບຟອມໄປທີ່ເບີ 855-293-1822.

ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ

ເອົາແບບຟອມໄປໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ທີ່ເວັບໄຊຂອງ Wisconsin Department of Health Services (DHS) (ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບຂອງລັດວິສຄອນຊິນ) ທີ່ dhs.wi.gov/im-agency.

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ເວັບໄຊຂອງ DHS ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

REP

ພາກທີ 1 ຕ້ອງຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກ

ຂ້າພະເຈົ້າ:

☐ ຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກທີ 1 **ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ**.

☐ ຈະປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຕົນເອງ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກທີ 1 **ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ**.
ຕ້ອງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຂຽນໃນຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຄົນໃໝ່ໃນຂໍ້ B.

☐ ຈະລຶບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຕົນເອງ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ **ຂໍ້ A ແລະ E** ຂອງພາກທີ 1. ຈົ່ງຫວ່າງຂໍ້ B ແລະ C ໄວ້.

ຂໍ້ A: ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ຊື່ – ຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກທີກໍລະນີ (ຖ້າທ່ານມີ)

ຂໍ້ B: ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດ

ຂ້າພະເຈົ້າແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຕົນເອງ:

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຕົນເອງໄດ້ຮັບສຳເນົາເອກະສານກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຕົນເອງ.
☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ C: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອະນຸຍາດເພີ່ມເຕີມ — Health Care Programs (ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ) (ທາງເລືອກ)

ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກ ຫຼື ລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນ **ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ** (ຕົວຢ່າງ: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus ຫຼື Family Planning Only Services) ແລະ ຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຕົນເອງດຳເນີນການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ໄປຮັບເອົາບັດ ForwardHealth ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແທນຂ້າພະເຈົ້າ.
- ລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນ HMO ໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ.
- ລົມກັບ ForwardHealth Member Services (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະມາຊິກ ForwardHealth) ຫຼື HMO ຂອງຂ້ອຍກ່ຽວກັບໃບຮຽກເກັບເງິນ, ບໍລິການ ຫຼື ຂໍ້ມູນທາງການແພດອື່ນໆ, ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຫັນດີຕໍ່ກັບການອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລຸ່ມນີ້ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລືອກແມ່ນແລ້ວ.
- ຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນກ່ຽວກັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ (ຕົວຢ່າງ: ການປິ່ນປົວ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນ).

☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ການອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ
ໂດຍການເລືອກ **ແມ່ນແລ້ວ** ຈາກຂ້າງເທິງ, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Wisconsin Department of Health Services (ພະແນກການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງລັດວິສຄອນຊິນ) ແລະ ຄູ່ສັນຍາຂອງພວກເຂົາ, ລວມທັງ HMOs, ໃຫ້ເປີດເຜີຍ (ແບ່ງປັນ) ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍ.

ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນອາດຈະມີຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ການຂໍຮັບເງິນຄືນ, ບັນທຶກທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວບຳບັດການໃຊ້ສານເສບຕິດ, ການເບິ່ງແຍງການຈະເລີນພັນ, ສຸຂະພາບຈິດ, ພະຍາດຕິດຕໍ່, ບໍລິການດ້ານການຢາ, HIV/AIDS, ບັນທຶກດ້ານທັນຕະກຳ ແລະ ຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາການ.

ຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງປັນເພື່ອໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຊ່ວຍຂ້ອຍຈັດການກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

REP

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ຖືກນຳໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງປັນໂດຍອີງໃສ່ການອະນຸຍາດນີ້ສາມາດຖືກແບ່ງປັນຄືນໂດຍບຸກຄົນ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ ຈະບໍ່ຖືກປົກປ້ອງໂດຍກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງລັດຖະບານກາງອີກຕໍ່ໄປ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການອະນຸຍາດນີ້ແມ່ນເປັນການສະໝັກໃຈ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະປະຕິເສດທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍການເລືອກບໍ່ແມ່ນຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້. ການເລືອກບໍ່ແມ່ນຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ກັບການໃຫ້ການປິ່ນປົວ, ການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ສິດຕໍ່ກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າການອະນຸຍາດຈຳເປັນຕໍ່ການກຳນົດສິດໃນໂຄງການ ຫຼື ການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ.

ການອະນຸຍາດນີ້ຈະດຳເນີນຕໍ່ໄປຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າໃນແບບຟອມນີ້ອອກຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບອກໃຫ້ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າອີກຕໍ່ໄປ.
ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດບອກໃຫ້ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບສິ່ງນີ້ໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ; ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການລົບລ້າງການອະນຸຍາດຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບກັບຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ໄດ້ຖືກແບ່ງປັນໄປແລ້ວ.

ຂໍ້ D: ຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໃນການເລືອກບຸກຄົນໃດກໍ່ໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມາເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບອກໃຫ້ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງບອກບຸກຄົນນັ້ນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະລົບລ້າງພວກເຂົາຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຈະຍັງສືບຕໍ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງພວກເຂົາ.
- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຊັ່ນ: ເລກປະກັນສັງຄົມ, ໃບສະແດງງົບການເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເພື່ອຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈັດການກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຕໍ່ກັບການອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງເທິງນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້ເຊັ່ນກັນ, ເພື່ອຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈັດການກັບບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຕົວຢ່າງ: ການປິ່ນປົວ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນທາງການແພດ).
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຄວາມຈິງແກ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບຄວາມຜິດພາດ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງທີ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ, ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ລະງັບຂໍ້ມູນ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະ:
    - ຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສົມຄວນໄດ້ຮັບຄືນ.
    - ຖືກປັບໃໝ.
    - ຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ.
    - ຖືກດຳເນີນຄະດີຈາກການຫຼອກລວງ.
- ໂດຍການເຊັນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຈະບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງ.

ຂໍ້ E: ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກ	ວັນທີເຊັນ

REP

ພາກທີ 2	**ຕ້ອງຕື່ມໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ**

ຂໍ້ A: ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ຊື່ — ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)		
ຖະໜົນ		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ເບີໂທລະສັບ (ພ້ອມກັບລະຫັດເຂດ)	ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ທາງເລືອກ)	

REP

ຂໍ້ B: ຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ:

- ໃນຖານະທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ, ຂ້າພະເຈົ້າຖືກຈຳກັດຕໍ່ການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ທັງໝົດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກ:
  - ການສະໝັກ ຫຼື ຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄືນໃໝ່
  - ການລາຍງານການປ່ຽນແປງ
  - ການເຮັດວຽກກັບຕົວແທນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກໃນເລື່ອງສຳຄັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ
  - ການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ
- ຂ້າພະເຈົ້າຖືກຄາດຫວັງໃຫ້ລຶ້ງເຄີຍກັບສະຖານະການຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກ.
- ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກສາມາດລົບລ້າງຂ້າພະເຈົ້າຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງພວກເຂົາໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ.
- ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງຂ້າພະເຈົ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າຖືກລົບລ້າງຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງພວກເຂົາ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກຈົນກວ່າພວກເຂົາຮ້ອງຂໍຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຄົນອື່ນ ຫຼື ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຈິງ.
- ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ເປັນຈິງ, ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສຸຂະພາບໃດໆທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບອັນເກີດຈາກຄວາມຜິດພາດ.
- ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າຕັ້ງໃຈລະເມີດກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ FoodShare ທີ່ຖືກນຳໃຊ້ຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ໄດ້ຮັບຈາກຄວາມຜິດພາດ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດທັບຊ້ອນ ແລະ ການຮັກສາຂໍ້ມູນໃຫ້ເປັນຄວາມລັບ.
- ໂດຍການເຊັນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຈະບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງ.
- ໂດຍການເຊັນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດແກ່ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນພາກທີ 1.

ຂໍ້ C: ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ	ວັນທີເຊັນ

ພາກທີ 3 ຕ້ອງຕື່ມໂດຍພະຍານ

ຊື່ – ພະຍານ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ລາຍເຊັນ — ພະຍານ	ວັນທີເຊັນ

ຊື່ – ພະຍານ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ) (ຖ້າຫາກຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກເຊັນດ້ວຍ X)

ລາຍເຊັນ — ພະຍານ	ວັນທີເຊັນ

ຖະແຫຼງການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ

ເພື່ອສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງແລະກະຊວງກະສິກຳສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture ຫຼື USDA) ລະບຽບການສິດທິພົນລະເຮືອນແລະນະໂຍບາຍ, USDA, ທຸລະກິດຂອງຕົນ, ຫ້ອງການ, ແລະພະນັກງານ, ແລະສະຖາບັນເຂົ້າຮ່ວມໃນການຫຼືການບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກທຸກໆການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸສູງສຸດ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ, ຫຼືຖືກແກ້ແຄ້ນຫຼືການໂຕ້ຕອບກ່ຽວກັບ ກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໃນໂຄງການ ຫຼືກິດຈະກຳດຳເນີນການ ຫຼືທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍ USDA.

ຜູ້ຄົນພິການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີວິທີການທາງເລືອກຂອງການສື່ສານເພື່ອຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ພາສາ Braille, ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ເທັບສຽງ, ພາສາມືອາເມຣິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງການ (ພາກລັດຫຼືຂອງທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້ານຳໃຊ້ຮຽກຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເປັນຄົນຫູໜວກ, ມີການໄດ້ຍິນລຳບາກ ຫຼືປາກກືກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານບໍລິການຖ່າຍທອດລັດຖະບານກາງ (Federal Relay Service) ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານໂຄງການອາດມີຢູ່ໃຫ້ໃນພາສາອື່ນໆ

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທີ່ກ່ຽວກັບການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດ, ສຳເລັດແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ USDA Program Discrimination, (AD, 3027) ພົບອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ເວັບ: How to File a Complaint, ແລະມີໃຫ້ຢູ່ໃນທຸກທີ່ທຳການ USDA, ຫຼືຂຽນຈົດໝາຍໄປເຖິງ USDA ແລະຂຽນຂໍ້ມູນ ທີ່ຕ້ອງໃສ່ໃນແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນຮວມຢູ່ໃນຈົດໝາຍດ້ວຍ. ເພື່ອຂໍເອົາສຳເນົາແບບຟອມ, ໃຫ້ໂທຫາ **(866) 632-9992**. ຍື່ນສົ່ງແບບຟອມທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານຫຼືສົ່ງຈົດໝາຍໄປທີ່ USDA ໂດຍ:

(1) ສົ່ງທາງໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) ທາງແຟັກ: (202) 690-7442; ຫຼື

(3) ທາງອີເມວ: program.intake@usda.gov

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນເປັນທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຣັຖບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. Department of Health Services ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາໂດຍແຕກຕ່າງດ້ວຍເຫດຜົນດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.

Department of Health Services:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພິການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:
  - ນາຍພາສາໃບ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
  - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທັບບັນທຶກ, ຮູບແບບ ອີເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ).
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພາສາຫຼັກຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
  - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
  - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນໃນພາສາອື່ນ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

ຖ້າວ່າ ທ່ານເຊື່ອວ່າ Department of Health Services ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຈຳແນກໃນທາງອື່ນ ໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກກັບ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໂດຍທາງຈົດໝາຍ, ແຟກຊ໌, ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງທຸກ,Department of Health Services civil rights coordinator ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໄດ້ກັບທາງ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງປະຊາສົງເຄາະ ແລະສຸຂະພາບຂອງສະຫະຣັຖ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອີເລັກໂຕຣນິກ ຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງມີໃຫ້ທີ່ເວັບໄຊ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງໂທຣະສັບ ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ຟອມຄຳຮ້ອງທຸກມີໃຫ້ທີ່ເວັບໄຊ http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional 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 844-201-6870 (TTY: 711).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**हिंदी (Hindi)** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**Tagalog (Tagalog – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).