**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-00533L (02/2024)

**ການລົງທະບຽນໂຄງການ PARTNERSHIP (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ)**

**ຄຳແນະນຳ ແລະ ຂໍ້ມູນສຳຄັນ**

**(PARTNERSHIP PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ; ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ແບບຟອມນີ້ຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ, ຖ້າທ່ານ
ສົນໃຈທີ່ຈະລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ Partnership (ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ). ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກໂປຣແກຣມ Partnership (ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ), ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ Aging and Disability Resource Center (ສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄວາມພິການທ້ອງຖິ່ນ, ADRC) ຫຼື ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກຊົນເຜົ່າ, ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ aging and disability resource specialist (ຊ່ຽວຊານດ້ານຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄົນພິການ, ADRS). ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ADRC ຢູ່ທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື Tribal ADRS ສາມາດຊອກໄດ້ທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm)

**ວິທີໃຊ້ແບບຟອມນີ້**

1. ອ່ານພາກຂໍ້ມູນສຳຄັນ ແລະ ຄຳແນະນຳທັງໝົດກ່ອນລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເປັນພາສາອື່ນ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ ADRC ຫຼື Tribal ADRS ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
2. ສະເພາະບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ ທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ຮັບມອບສິດເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນ
ໃສ່ໃນແບບຟອມນີ້ໄດ້.

**ຂໍ້ມູນສຳຄັນ**

* ການເຊັນແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນວ່າ ທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ).
* ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານຈະສາມາດເລືອກລະຫວ່າງໂຄງການ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ທີ່ມີໃຫ້ຢູ່ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານໄດ້.
* ຫຼັງຈາກທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້, ທ່ານສາມາດເລືອກບໍ່ລົງທະບຽນກໍ່ໄດ້.
* ການລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ທ່ານອາດຈະຖອນຕົວ
ອອກໃນເວລາໃດກໍ່ໄດ້, ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມຜົນປະໂຫຍດ Medicare ຂອງທ່ານຈະຍັງຄົງຢູ່ກັບແຜນປະກັນນັ້ນໄປ
ຈົນກວ່າທ່ານມີສິດປ່ຽນແຜນປະກັນ Medicare ຂອງທ່ານ.
* ການປ່ຽນແປງສະຖານະການທາງດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ການເງິນຂອງທ່ານອາດຈະມີຜົນຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ຂອງທ່ານ. ຖ້າມີການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວເກີດຂຶ້ນ, ໃຫ້ລົມກັບຜູ້ຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງ Partnership Organization (ອົງ​ການ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ, PO) ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລຊົນເຜົ່າ, ຖ້າເປັນໄປໄດ້.

**ການເຊັນແບບຟອມນີ້**

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງແບບຟອມນີ້, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວັນທີຂອງການລົງທະບຽນ ແລະ ການຮັບປະກັນທາງເລືອກຢູ່ລຸ່ມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຄຳຕອບ
ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງໝົດຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າປິດບັງຂໍ້ມູນ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນເປັນເທັດຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໂດຍເຈດຕະນາ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຖອດຖອນອອກຈາກໂປຣແກຣມ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ ADRC ຫຼື Tribal ADRS ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້:

* Managed Care Organization (ອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ)
* ADRC ຫຼື Tribal ADRS ອື່ນ
* ອົງການ Income Maintenance (ການຮັກສາລາຍໄດ້)
* ຊົນເຜົ່າສຳພັນ, ຖ້າໄດ້ຈັດໃຫ້
* Medicaid
* Medicare
* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບສິດຂອງພວກເຂົາເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

**ວັນທີລົງທະບຽນທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍ**

ທ່ານອາດຈະເລືອກວັນທີທີ່ທ່ານຢາກຈະລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂປຣແກຣມ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການລົງທະບຽນບໍ່ສາມາດເກີດ
ຂຶ້ນໄດ້ກ່ອນວັນທີ:

* ADRC ຫຼື Tribal ADRS ໄດ້ຮັບແບບຟອມທີ່ມີລາຍເຊັນນີ້.
* ທ່ານມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຕາມທຸກເງື່ອນໄຂກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານໜ້າທີ່ການ ແລະ ການເງິນ.

**ການຮັບປະກັນຕົວເລືອກ**

ຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍຂອງໂຄງການ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ
ດຳລົງຊີວິດຢູ່ບ້ານຂອງຕົວເອງ ຫຼື ຊຸມຊົນຂອງຕົວເອງໃນເມື່ອເປັນໄປໄດ້.

**ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ**

ພາຍໃຕ້ Wis. Stat. § 49.45(4), ຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວໄດ້ຖືກເກັບເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຖືກນຳໃຊ້ພຽງແຕ່
ສຳລັບການບໍລິຫານງານຂອງໂຄງການ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ໂດຍກົງເທົ່ານັ້ນ.

**ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ Partnership (**ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ)

Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ແມ່ນໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ Wisconsin Medicaid ແລະ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ນຳໃຊ້ເງື່ອນໄຂກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບສະເພາະ. ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າ Medicare ແລະ ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າໃນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ), ທ່ານຕ້ອງລົງທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນຂອງ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) Medicare.

ຖ້າປັດຈຸບັນທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare, ແຜນປະກັນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ຂອງທ່ານຈົນກວ່າທ່ານມີສິດລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) Medicare.

ເພື່ອລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ), ທ່ານຕ້ອງດຳລົງຊີວິດຢູ່ໃນເຂດບໍລິການຂອງອົງການ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ), ຕ້ອງມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີໃນເດືອນລົງທະບຽນ, ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງດູແລລະດັບສະຖານພະຍາບານ ແລະ ມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid.

ຄຳແນະນຳເພີ່ມເຕີມ

ໝວດທີ **I**

* “ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ” ໝາຍເຖິງເຄົາຕີ້ທີ່ທ່ານດຳລົງຊີວິດຢູ່.
* “ເຄົາຕີ້ຮັບຜິດຊອບ” ໝາຍເຖິງເຄົາຕີ້ທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃຫ້ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ອື່ນໆ.
* “ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຖາວອນ” ໝາຍເຖິງທີ່ຢູ່ຂອງບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ທ່ານດຳລົງຊີວິດຢູ່.

ໝວດທີ **II**

ໝວດນີ້ຈະປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ຖ້າທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ, ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ Medicaid.

ໝວດທີ **III**

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຸກເສີນຂອງໝູ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ທີ່ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ.

ໝວດທີ **IV**

ຈະໄດ້ປະກອບໃສ່ຂໍ້ນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ, ຖ້າວ່າມີ.

ໝວດທີ **V**

ຈະຕ້ອງປະກອບໃສ່ພາກນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຫັກຄ່າປະກັນໄພແຜນປະກັນຢາພາກ D ຂອງ Medicare ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້ອັນໃດໜຶ່ງໂດຍອັດຕະໂນມັດຈາກ Social Security (ປະກັນສັງຄົມ) ຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ **VI**

ຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານເຊັນດ້ວຍ
ເຄື່ອງໝາຍ, ຈຳເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນພະຍານສອງຄົນ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍທີ່ບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໄດ້, ທ່ານອາດ
ຈະໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມໃຫ້ ໂດຍຊ່ອງໜ້າພະຍານ ສອງຄົນ. ຜູ້ທີ່ລົງລາຍເຊັນໃນນາມຂອງທ່ານຄວນລະບຸວ່າລາວ ຫຼື ນາງກຳລັງເຊັນຕາມຄຳແນະນຳຂອງຜູ້ສະໝັກ.

ADRC ຫຼື Tribal ADRS ຕ້ອງຮັກສາໃບລົງທະບຽນສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍ
ເຊັນໄວ້ເປັນເວລາສິບປີ ໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ.

ການລົງທະບຽນໂຄງການ **PARTNERSHIP (**ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ)

**CIP**

**ຄຳແນະນຳ**: ກ່ອນລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ, ໃຫ້ອ່ານຄຳແນະນຳທັງໝົດ.

|  |
| --- |
| **ໝວດທີ I –ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ** |
| ຊື່ສະມາຊິກ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ວັນເດືອນປີເກີດ      |
| ສະຖານະພາບປັດຈຸບັນ (ໝາຍໃສ່ຫ້ອງດຽວເທົ່ານັ້ນ)[ ]  ໂສດ [ ]  ແຕ່ງງານ [ ]  ເປັນໝ້າຍ | ຖ້າປັດຈຸບັນແຕ່ງງານແລ້ວ, ຊື່ຂອງຜົວ/ເມຍ(ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ      | ເມືອງ      | ລັດ     | ລະຫັດ Zip      |
| ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      | ຄາວຕີ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບ      |
| ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ | ສະມາຊິກຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ      |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ      |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຖາວອນ(ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ)      | ເມືອງ      | ລັດ     | ລະຫັດ Zip      |
| ຊື່ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການ—ປະເພດກວດ: [ ]  NH [ ]  ICF-IID[ ]  CBRF [ ]  AFH [ ]  RCAC      | ວັນທີຂອງການຮັບເຂົ້າ NH ຫຼື ICF-IID      |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ(ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ)      | ເມືອງ      | ລັດ     | ລະຫັດ Zip      |
| ໝວດທີ **II –** ສິດອຳນາດການລົງທະບຽນທາງເລືອກ |
| ທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນປະເພດ: [ ]  ຜູ້ປົກຄອງຄົນ [ ]  ຜູ້ປົກຄອງຊັບສິນ [ ]  ຜູ້ປົກຄອງຄົນ ແລະ ຊັບສິນ |
| ຊື່ຂອງຜູ້ປົກຄອງ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)      |
| ທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຄົນອື່ນບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນປະເພດ: [ ]  ຜູ້ປົກຄອງຄົນ [ ]  ຜູ້ປົກຄອງຊັບສິນ [ ]  ຜູ້ປົກຄອງຄົນ ແລະ ຊັບສິນ |
| ຊື່ຂອງຜູ້ປົກຄອງ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)      |
| ທ່ານມີ Activated Power of Attorney for Finance and Property (ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດສຳລັບການເງິນ ແລະ ຊັບສິນ) (POAF) ບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |
| ຊື່ຂອງ POAF (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)      |
| ທ່ານມີ Activated Power of Attorney for Health Care (ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດສຳລັບການເງິນ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, POAHC) ບໍ?[ ] ແມ່ນແລ້ວ—ວັນທີໄດ້ເປີດນຳໃຊ້:       [ ]  ບໍ່ |
| ຊື່ຂອງ POAHC (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)      |
| ທ່ານມີຜູ້ປົກປ້ອງບໍ? [ ] ແມ່ນແລ້ວ—ວັນທີທີ່ຜູ້ຄຸ້ມຄອງສັ່ງ       [ ]  ບໍ່ |
| ຊື່ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)      |
| ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າ Medicaid ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດດັ່ງທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນ DHS ບໍ[F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) ຫຼື [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf) ບໍ? [ ] ແມ່ນແລ້ວ—ວັນທີ:       [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບສິດຂອງ Medicaid (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບ      | ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)      |
| ພາກທີ **III –** ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ເພີ່ມເຕີມ |
| ເຮັດບັນຊີລາຍຊື່ຂອງໝູ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງ ຜູ້ທີ່ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ.      |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕິດຕໍ່ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | ເບີໂທລະສັບຕອນກາງເວັນ      | ເບີໂທລະສັບຕອນກາງຄືນ       | ຄວາມສຳພັນກັບທ່ານ      |
| ຂໍ້ທີ **IV –** ຂໍ້ມູນປະກັນໄພ |
| ປັດຈຸບັນນີ້ທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພທາງການແພດ/ສຸຂະພາບບໍເຊັ່ນ: ປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ນາຍຈ້າງເຮັດໃຫ້, ປະກັນໄພເອກະຊົນ, ຜົນປະໂຫຍດ VA, TRICARE ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບພະນັກງານຂອງລັດຖະບານກາງ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |

|  |  |
| --- | --- |
| ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ      | ນະໂຍບາຍ ຫຼື ເລກປະຈຳຕົວ      |
| ເລກກຸ່ມ      |
| ປັດຈຸບັນທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |
| ຊື່ຂອງການຄຸ້ມຄອງ      | ນະໂຍບາຍ ຫຼື ເລກປະຈຳຕົວ      | ເລກກຸ່ມ      |
| ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Social Security (ປະກັນສັງຄົມ) ບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |
| ທ່ານໄດ້ຮັບ Railroad Retirement Board (RRB, ຄະນະກຳມະການບຳນານການລົດໄຟ) ບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |
| ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ **Medicare:** | ໄດ້ມີສິດຕໍ່: |
| ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):        | ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້: (ດດ/ວວ/ປປປປ) |
| Medicare Beneficiary Identifier (ຕົວລະບຸຜົນປະໂຫຍດເມດິແຄ, MBI):        | ໂຮງໝໍ **(**ພາກ **A)**       |
|  | ທາງການແພດ **(**ພາກ **B)**       |
| ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ມູນສຳຄັນນີ້ |
| ຖ້າປັດຈຸບັນທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພາບ, ການເຂົ້າຮ່ວມ **Partnership** (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ສາມາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫຼື ສະຫະພາບໄດ້. ທ່ານສາມາດເສຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫຼື ຂອງສະຫະພາບໄດ້, ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ **Partnership** (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ).ອ່ານເບິ່ງການສື່ສານທີ່ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫຼື ສະຫະພາບສົ່ງໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນການສື່ສານຂອງພວກເຂົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈະຕິດຕໍ່ໃຜ, ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ຫຼື ຫ້ອງການທີ່ຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍໄດ້. |
| ພາກທີ **V –** ຄ່າປະກັນໄພແຜນປະກັນຢາຕາມແພດສັ່ງພາກ **D** ຂອງ **MEDICARE**  |
| ສ່ວນໃຫຍ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare. Medicare ອາດຈະຄຸ້ມຄອງຄ່າປະກັນໄພແຜນປະກັນຂອງທ່ານທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນ. ຖ້າສາມາດໃຊ້ໄດ້, ທ່ານສາມາດໃຫ້ມີການຫັກເອົາຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນສຳລັບແຜນປະກັນ Medicare Advantage ນີ້ໄດ້ໂດຍອັດຕະໂນມັດຈາກໃບເຊັກເງິນ Social Security (ປະກັນສັງຄົມ) ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກທາງເລືອກນີ້, ແຜນປະກັນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ຈະສົ່ງໃບບິນໃຫ້ທ່ານໃນແຕ່ລະເດືອນທີ່ທ່ານສາມາດຈ່າຍໄດ້ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື electronic funds transfer (ການ​ໂອນ​ເງິນ​ທາງອີເລັກໂທຣນິກ, EFT).ຂ້ອຍຕ້ອງການໃຫ້ຫັກເອົາຄ່າປະກັນໄພສຳລັບແຜນປະກັນນີ້ຈາກໃບເຊັກຜົນປະໂຫຍດປະຈຳເດືອນຂອງຂ້ອຍຈາກSocial Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ, SSA): [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ |
| **ຂໍ້**ທີ **VI –** ຕົວເລືອກການລົງທະບຽນ ແລະ ລາຍເຊັນ |
| ອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ |
| ວັນທີຂໍລົງທະບຽນ Medicaid:        |
| ແຜນປະກັນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ທີ່ໄດ້ເລືອກ:[ ]  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.[ ]  Community Care Health Plan, Inc.[ ]  Independent Care Health Plan |
| ໂດຍການປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍການລົງທະບຽນນີ້ຄົບຖ້ວນ, ຂ້ອຍເຫັນດີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:ແຜນປະກັນ Partnership (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ແມ່ນແຜນປະກັນ Medicare Advantage ແລະ ມີການຕິດຕໍ່ກັບລັດຖະບານກາງ. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຢູ່ໃນແຜນ Medicare Advantage ຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃສ່ແຜນນີ້ຈະສິ້ນສຸດການລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບອື່ນຂອງ Medicare ຫຼື ແຜນການຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງແພດ. ຂ້ອຍຈະສືບຕໍ່ຮັບຜົນປປະໂຫຍດ Medicare ຂອງຂ້ອຍຈາກແຜນປະກັນ Medicare ປັດຈຸບັນຂອງຂ້ອຍຈົນກວ່າຂ້ອຍມີສິດປ່ຽນແຜນປະກັນ Medicare. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວການລົງທະບຽນແຜນປະກັນ Medicare ແມ່ນສຳລັບໝົດປີ. ເມື່ອຂ້ອຍລົງທະບຽນ, ຂ້ອຍອາດຈະອອກຈາກແຜນປະກັນ Medicare ຫຼື ເຮັດການປ່ຽນແປງພຽງແຕ່ໃນເວລາສະເພາະຂອງປີ ເມື່ອມີໄລຍະການລົງທະບຽນໃຫ້ (ຕົວຢ່າງ: 15 ຕຸລາ – 7 ທັນວາ ຂອງທຸກໆປີ) ຫຼື ພາຍໃຕ້ສະພາບການພິເສດສະເພາະ. ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລາລົງທະບຽນ ແລະ ແຈ້ງໃຫ້ PO ໃນຕໍ່ໜ້າຕໍ່ກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງແພດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີ ຫຼື ອາດຈະໄດ້ຮັບໃນອະນາຄົດ. ແຜນປະກັນເລືອກໄວ້ຮັບໃຊ້ຂົງເຂດການບໍລິການສະເພາະ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ໃນແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກໃນການໃຊ້ບໍລິການ, ຂ້າພະເຈົ້າຈໍາເປັນຕ້ອງແຈ້ງແຜນດັ່ງກ່າວ ເພື່ອໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍົກເລີກການລົງທະບຽນ ແລະ ຊອກຫາແຜນໃໝ່ໃນພື້ນທີ່ໃໝ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນທີ່ຖືກເລືອກ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີ, ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະອຸທອນໃນການຕັດສິນແຜນການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ການບໍລິການ. ຂ້ອຍຈະອ່ານເອກະສານ Partnership Evidence of Coverage (ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ແລະ ສັນຍາການລົງທະບຽນຈາກແຜນປະກັນທີ່ເລືອກໄວ້ເມື່ອຂ້ອຍໄດ້ມັນເພື່ອໃຫ້ຮູ້ວ່າຂ້ອຍຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບໃດເພື່ອເອົາການຄຸ້ມຄອງກັບແຜນປະກັນ Medicare Advantage ຫຼື Medicare ນີ້. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຕາມປົກກະຕິນັ້ນຄົນທີ່ມີ Medicare ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ໃນຂະນະທີ່ອອກນອກປະເທດ, ຍົກເວັ້ນສຳລັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈຳກັດຢູ່ໃກ້ຊາຍແດນສະຫະລັດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່ານັບແຕ່ວັນທີແຜນຄຸ້ມຄອງທີ່ໄດ້ເລືອກເລີ່ມຕົ້ນ; ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງໝົດຈາກແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກ, ຍົກເວັ້ນການບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ່ວນ ຫຼື ການບໍລິການອອກນອກພື້ນທີ່ລະບຸໄວ້. ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໂດຍແຜນປະກັນທີ່ເລືອກໄວ້ ຫຼື ການບໍລິການອື່ນທີ່ມີຢູ່ໃນເອກະສານ Partnership Evidence of Coverage (ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ແລະ ສັນຍາການລົງທະບຽນຈາກແຜນປະກັນທີ່ເລືອກໄວ້ຂອງຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດ**, MEDICARE** ຫຼື ແຜນປະກັນທີ່ເລືອກໄວ້ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍລິການໃຫ້**.**ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ**:** ໂດຍການເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າແຜນທີ່ເລືອກຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັບ Medicare ແລະ ແຜນການອັນອື່ນໆ ຕາມຄວາມຈໍາເປັນເພື່ອການປິ່ນປົວ, ການເບິກຈ່າຍ ແລະ ການດູແລສຸຂະພາບ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ວ່າແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມທັງຂໍ້ມູນທາງການຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງແພດໃຫ້ກັບ Medicare, ຈະເປິດເຜີຍໃຫ້ແກ່ການຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ຈຸດປະສົງອື່ນໆໂດຍປະຕິບັດຕາມ ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບທັງໝົດ. ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນແບບຟອມການລົງທະບຽນນີ້ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້ອຍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກ ຕ້ອງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ ຈາກແຜນການ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນໃນນາມຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່) ໃນເອກະສານສະໝັກສະບັບນີ້ໝາຍຄວາມວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງເອກະສານສະໝັກສະບັບນີ້. ຖ້າ ເຊັນໂດຍບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງ ເທິງ), ລາຍເຊັນນີ້ຢັ້ງຢືນວ່າ (1) ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດ ໝາຍຂອງລັດເພື່ອລົງທະບຽນນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ແລະ (2) ສິດອຳນາດຂອງ ເອກະສານນີ້ສາມາດໃຊ້ໄດ້ຕາມການຮ້ອງຂໍຈາກແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກ ຫຼື ໂດຍ Medicare.ໃນທີ່ນີ້, ຂ້ອຍທີ່ເປັນຜູ້ລົງລາຍເຊັນຢູ່ທີ່ນີ້ກ່າວເຖິງເຈດຈຳນົງຂອງຂ້ອຍ ແລະ ໃນທີ່ນີ້ເຫັນດີທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນໂຄງການ Partnership (ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ) ທີ່ໄດ້ລະບຸຢູ່ຂ້າງເທິງ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າວັນທີເລີ່ມຕົ້ນລົງທະບຽນ Medicaid ຂອງຂ້ອຍຈະແມ່ນ       ແລະ ການລົງທະບຽນ Medicare ຂອງຂ້ອຍຈະເລີ່ມຕົ້ນມື້ທຳອິດຂອງເດືອນຫຼັງຈາກການສົ່ງແບບຟອມນີ້, ຖ້າຂ້ອຍມີຄຸນສົມບັດສຳລັບ Special Election Period (ໄລ​ຍະ​ການ​ເລືອກ​ພິ​ເສດ). ຂ້ອຍຈະສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ຂອງຂ້ອຍຈາກແຜນປະກັນປັດຈຸບັນໄປຈົນກວ່າຂ້ອຍມີສິດລົງທະບຽນເຂົ້າສູ່ແຜນປະກັນ Partnership (ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ) ທີ່ຂ້ອຍເລືອກຢູ່ຂ້າງເທິງ. |
| ໃນທີ່ນີ້, ຂ້ອຍທີ່ເປັນຜູ້ລົງລາຍເຊັນຢູ່ທີ່ນີ້ກ່າວເຖິງເຈດຈຳນົງຂອງຂ້ອຍ ແລະ ໃນທີ່ນີ້ເຫັນດີທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນໂຄງການ **Partnership (**ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ) ທີ່ໄດ້ລະບຸຢູ່ຂ້າງເທິງ. |
| ລາຍເຊັນ– ບຸກຄົນ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| ລາຍເຊັນ – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| ລາຍເຊັນ – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ສຳລັບຫ້ອງການ ADRC ຫຼຶ Tribal ADRS ໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ** |
| ADRC ຫຼື Tribe:       | ເຂດ:       |
| ພະນັກງານ ADRC ຫຼື Tribal ADRS:        | ເບີໂທລະສັບ:       |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ:       |
| ຂໍ້ມູນວັນທີລົງທະບຽນ:ວັນທີລົງທະບຽນຕົວຈິງ:      [ ]  ວັນທີລົງທະບຽນຍັງຄ້າງຢູ່: ບໍລິການດ່ວນ[ ]  ວັນທີລົງທະບຽນຍັງຄ້າງຢູ່: ຂໍ້ຕົກລົງກ່ອນເປີດເຜີຍ[ ]  ວັນທີລົງທະບຽນຍັງຄ້າງຢູ່: ໂອນຍ້າຍໄປຫາອົງການໃໝ່ດ້ວຍການເຄື່ອນຍ້າຍ. | ໂປຣແກຣມ:[ ]  Partnership (ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ) | ກວດສອບວັນທີສິ້ນສຸດ HMO, ຖ້າວ່າມີ:      |
| ສະຖານະການລົງທະບຽນຢູ່ໃນ FHiC:[ ]  ວັນທີລົງທະບຽນໃນ FHiC[ ]  ວັນທີລົງທະບຽນບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນ FHiC ລໍຖ້າລາຍການ MA ຫຼື IRIS ໃນລະບົບ. PO ບໍ່ອັບເດດ LTCFS ຈົນກວ່າການລົງທະບຽນໄດ້ຮັບການກວດສອບຢູ່ໃນ FHiC. |
| ຜູ້ຮັບ Medicaid [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນເລກລະຫັດ Medicaid:      ພາສາສຳລັບແຈ້ງການ CARES:[ ]  ພາສາອັງກິດ [ ]  ພາສາສະເປນ | ລະດັບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລ ກວດ NH LOC ທີ່ກໍານົດໃນຄໍລໍ້າເບື້ອງຊ້າຍ ແລະ ຈາກນັ້ນກວດເບີ່ງ DD LOC ທີ່ເໝາະສົມໃນຄໍລໍ້າເບື້ອງຂວາ. ຄວນໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງບໍ່ເກີນສອງຊ່ອງ.

|  |  |
| --- | --- |
| ເລືອກ 1 | ເລືອກ 1 |
| [ ] NH-ISN[ ] NH-SNF[ ] NH-ICF | [ ] DD1A[ ] DD1B[ ] DD2[ ] DD3[ ] NDD |

 | ກຸ່ມເປົ້າໝາຍ:[ ]  FE[ ]  ID/DD[ ]  PD  |
| [ ]  ປັດຈຸບັນບຸກຄົນໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Children’s Waiver (ການຍົກເວັ້ນເດັກນ້ອຍ) (CLTS) |
| ຊື່ – ພະນັກງານ CLTS      | ເຂດ      |
| ເບີໂທລະສັບ      | ທີ່ຢູ່ອີເມວ      |
| **ຫ້ອງການ Partnership (**ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ) **ນຳໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ**ໝາຍເລກ ID ແຜນປະກັນ:       | ຊື່ຂອງສະມາຊິກພະນັກງານ (ຖ້າໄດ້ຊ່ວຍໃນການລົງທະບຽນ)      |
| ໄລຍະການເລືອກ Medicare:[ ]  ICEP ຫຼື IEP [ ]  OEPI [ ]  AEP [ ]  SEP (ປະເພດ):       |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຄຸ້ມຄອງ Medicare      | ໝາຍເລກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medicaid      | ວັນທີລົງທະບຽນ Medicaid ຕົວຈິງ      |
| ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວ: | [ ]  ຕົວບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້[ ]  ອົງການ Partnership (ການ​ເປັນ​ຮຸ້ນ​ສ່ວນ) ທີ່ໄດ້ເລືອກ[ ]  Income Maintenance (ການ​ຮັກ​ສາ​ລາຍ​ຮັບ), ຖ້າວ່າມີ[ ]  ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ[ ]  ຜູ້ເຮັດວຽກ CLTS, ຖ້າວ່າມີ |