**Template for**

**Notification of Non Covered Benefit Letter**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

<<City>> <<State>> <<Zip Code>>

ເຖິງ ທ່ານ <<Member Name>> ທີ່ຮັກແພງ

ໃນ <<Date>>, ທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍ <<Non-Covered Benefit>>. ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ແມ່ນເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າການ
ບໍລິການ/ລາຍການທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍນັ້ນບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງບ້ວງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Family Care ແລະ ສະນັ້ນ <<name of the MCO>> ຈະບໍ່ສະໜອງໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ສະມາຊິກຂອງທີມງານດູແລຂອງທ່ານຕາມເບີໂທລະສັບ
ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<<Care Manager’s Name>>

Care Manager (ຜູ້ຈັດການການດູແລເບິ່ງແຍງ)

<<Telephone Number>>

<<RN Care Manager’s Name>>

RN Care Manager (ພະຍາບານວິຊາຊີບຜູ້ຈັດການການດູແລເບິ່ງແຍງ)

<<Telephone Number>>

ໃຜສາມາດຊ່ວຍຂ້ອຍເຂົ້າໃຈຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງຂ້ອຍ**?**

ສະມາຊິກຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິ <<name of the MCO>> ສາມາດບອກທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍ
ທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້. ເຂົາເຈົ້າມັກຈະໃຊ້ການປະຊຸມແບບບໍ່ເປັນທາງການເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານ. ເພື່ອຕິດຕໍ່
ສະມາຊິກຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິ, ໃຫ້ໂທຫາ <<member rights specialist phone number>>.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການລົມກັບບາງຄົນນອກຈາກ <<name of the MCO>>, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ຖ້າ
ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃດໆ. Ombudsman (ຜູ້ກວດກາ) ແມ່ນຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ຫຼື ຜູ້ຊ່ວຍ. ເຂົາເຈົ້າສາມາດຕອບຄໍາ
ຖາມກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ ແລະ ບອກທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ. ບໍລິການແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ. ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ຈະຕິດຕໍ່ແມ່ນຂຶ້ນກັບອາຍຸຂອງທ່ານ.

ສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງ **18** ຫາ **59** ປີ:

Disability Rights Wisconsin

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

ອີເມລ: info@drwi.org

ສໍາລັບສະມາຊິກ **60** ປີຂຶ້ນໄປ:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY: 711

ອີເມລ: BOALTC@wisconsin.gov