|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221L (02/2024) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **ການຂໍຖອນຕົວໂດຍ Family care ຫຼື IRIS ຄຳແນະນຳການຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍທີ່ສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ສະເໜີສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ຄຳແນະນຳໃນການໂອນຍ້າຍ**  **(FAMILY CARE OR IRIS MEMBER OR PARTICIPANT REQUESTED DISENROLLMENT OR TRANSFER INSTRUCTIONS)** | | |
| **ພາກ A–ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ**  ພາກນີ້ແມ່ນໃຫ້ທາງ aging and disability resource center (ສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ, ADRC)  ຫຼື ຊົນເຜົ່າ aging and disability resource specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານຜູ້ສູງອາຍຸຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຄົນພິການ, ADRS) ປະກອບໃສ່ໃຫ້ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຂໍ້ມູນຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນ ForwardHealth.  ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນກວດສອບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຢູ່ໃນພາກນີ້ ແລະ ດຳເນີນການແກ້ໄຂທີ່ຈຳເປັນ. ເມື່ອ income maintenance (ຝ່າຍບຳລຸງຮັກສາລາຍໄດ້, IM) ໄດ້ຮັບແບບຟອມສະແດງການແກ້ໄຂ, ພວກເຂົາຈະອັບເດດຂໍ້ມູນຢູ່ໃນ CARES. Supplemental Security Income (ຖ້າບຸກຄົນໄດ້ຮັບລາຍຮັບປະກັນໄພເສີມ, SSI), ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນແຈ້ງເຕືອນບຸກຄົນໃຫ້ ຕິດຕໍ່ກັບອົງການປະກັນສັງຄົມ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ, SSA) ເພື່ອອັບເດດຂໍ້ມູນ.  **ພາກ B—ການຂໍຖອນຕົວ**  ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມແມ່ນໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ. ບຸກຄົນຊີ້ບອກໂຄງການ ທີ່ພວກເຂົາຢາກຈະອອກ ແລະ ວັນທີຖອນຕົວທີ່ພວກເຂົາເລືອກ. ມັນມີຄວາມສຳຄັນສຳລັບ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທັງໝົດແກ່ບຸກຄົນໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ຄຳປຶກສາການຖອນຕົວເຊັ່ນ: ຜົນກະທົບຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ແລະ ວັນທີມີຜົນກະທົບຕໍ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແນວໃດ ເພື່ອໃຫ້ບຸກຄົນມີຂໍ້ມູນໃນການຕັດສິນໃຈ.  ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕື່ມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ການຖອນຕົວໃສ່. ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕື່ມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວຢູ່ໃນ FHiC. ICA ຈະປ້ອນວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງ ການຖອນຕົວຢູ່ໃນ WISITS. ວັນທີທີ່ບຸກຄົນຢາກຈະຖອນຕົວຈາກໂຄງການອາດຈະບໍ່ແມ່ນວັນທີ ການຖອນຕົວຕົວຈິງສະເໝີໄປ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນການຂໍຖອນຕົວທັນທີ. ຖ້າບຸກຄົນຢາກຈະຖອນ ຕົວອອກຈາກໂຄງການໃນເວລາໜ້ອຍກວ່າສາມວັນລັດຖະການຈາກວັນທີລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມ, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕິດຕໍ່ MCO ຫຼື ICA ເພື່ອເລັ່ງຂະບວນການ.  **ພາກ C—ການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍ**  ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມແມ່ນໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ. ບຸກຄົນຊີ້ບອກໂຄງການ ແລະ MCO ຫຼື ICA ທີ່ພວກເຂົາຢາກຈະໃຫ້ໂອນຍ້າຍໄປຫາ. ຖ້າຄຳສະເໜີຂໍແມ່ນເນື່ອງມາຈາກການຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້, ພວກເຂົາຍັງຈະຖືກຖາມກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ໃໝ່, ເບີໂທລະສັບຂອງພວກເຂົາ ແລະ ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງການຍ້າຍ. ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ມີການລົງທະບຽນໃໝ່ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ເມື່ອບຸກຄົນເລືອກທີ່ຈະໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການໃໝ່, MCO ຫຼື ICA. ຖ້າການລົງທະບຽນໃນໂຄງການ ຫຼື ອົງການໃໝ່ທີ່ເປັນຜົນມາຈາກການເຄື່ອນໄຫວ, ວັນທີລົງທະບຽນ ຈະຖືກປະໄວ້ໃນຕອນຕົ້ນ ແລະ ຈະສໍາເລັດເມື່ອວັນທີລົງທະບຽນຖືກກໍານົດໂດຍອົງການໂຄງການ long-term care (ການດູແລໄລຍະຍາວ).  ຖ້າບຸກຄົນນັ້ນເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນ Family Care, PACE, ຫຼື Partnership, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະໃສ່ວັນທີລົງທະບຽນໃໝ່ໃນແບບຟອມ, ວັນທີລົງທະບຽນແມ່ນຈະຖືກເລືອກໂດຍບຸກຄົນນັ້ນ. ADRC ຂອງ ADRS ຊົນເຜົ່າ ຍັງຈະປ້ອນວັນທີລົງທະບຽນໃໝ່ຢູ່ໃນ FHiC.  ຖ້າບຸກຄົນກຳລັງເລືອກ IRIS, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະປ້ອນວັນທີການສົ່ງຕໍ່ IRIS ໃນແບບຟອມ. ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ IRIS ຖືກກຳນົດໂດຍ ICA ແລະ ຈະຖືກປ້ອນເຂົ້າໃນ WISITS. ຖ້າບຸກຄົນກຳລັງໂອນຍ້າຍຈາກ Family Care, PACE ຫຼື Partnership ໄປຍັງ IRIS ບໍ່ຄວນປ້ອນວັນທີການຖອນຕົວເຂົ້າໃນແບບຟອມ ຫຼື ຢູ່ໃນ FHiC ຈົນກວ່າໄດ້ຮັບວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຈາກ ICA. ຖ້າຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ IRIS ກຳລັງເລືອກທີ່ຈະໂອນຍ້າຍຈາກ ICA ຫາ ICA, ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມອາດຈະເລືອກທີ່ຈະຍັງຄົງຢູ່ກັບ FEA ປັດຈຸບັນ ຫຼື ເລືອກ FEA ໃໝ່. ຖ້າຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມເລືອກທີ່ຈະເລືອກເອົາ FEA ໃໝ່, ປະກອບແບບຟອມ [F-02764](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f02764.docx) ໃຫ້ສຳເລັດ.  ຂໍ້ມູນທີ່ຈັດໃຫ້ຈະກຳນົດວ່າໜ່ວຍງານໃດຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງເລື່ອງການໂອນຍ້າຍ ແລະ ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ປະກອບ ແບບຟອມການລົງທະບຽນໂຄງການ Family Care, ແບບຟອມການລົງທະບຽນ PACE, ແບບຟອມການລົງທະບຽນ Partnership ຫຼື ແບບຟອມການອະນຸຍາດ IRIS ຫຼື ບໍ່.  **ພາກ D—ເຫດຜົນສຳລັບການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ**  ຢູ່ໃນພາກນີ້, ບຸກຄົນອາດຈະຊີ້ບອກເຫດຜົນຕົ້ນຕໍດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈໃຫ້ກັບ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທີ່ຢາກຈະອອກຈາກໂຄງການປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງ, ICA ຫຼື MCO.  **ພາກ E—ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ**  ສ່ວນສຳຄັນຂອງການປຶກສາການຖອນຕົວແມ່ນກຳລັງຊ່ວຍໃຫ້ບຸກຄົນເຂົ້າໃຈ ແລະ ນຳໃຊ້ສິດຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງທັງໝົດໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກ ແລະ ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ. ຂຶ້ນຢູ່ກັບເຫດຜົນຂອງ ບຸກຄົນສຳລັບຄວາມຕ້ອງການຢາກຈະອອກຈາກໂຄງການ, ລາວ ຫຼື ນາງອາດຈະມີສິດຍື່ນອຸທອນ. ບຸກຄົນທຸກຄົນມີສິດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ. ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ສາມາດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຄົນ ໃດໜຶ່ງຜູ້ທີ່ຢາກຍື່ນອຸທອນ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້. ADRC ຫຼື ບັນດາ ADRS ຊົນເຜົ່າ ສາມາດອະທິບາຍໃຫ້ ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ອາດຈະຢູ່ໃນຂະບວນການອຸທອນຮູ້ເຖິງຜົນຕາມມາຂອງການຖອນຕົວກ່ອນທີ່ຈະດຳເນີນການອຸທອນໃຫ້ສຳເລັດ. ທຸກ MCO ມີ Member Rights Specialists (ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ) ຜູ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ສະມາຊິກໃນການຍື່ນຄຳອຸທອນ ແລະ ຄຳຮ້ອງທຸກ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຍື່ນອຸທອນ ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກ, ບຸກຄົນນັ້ນອາດຈະກວດເບິ່ງຄູ່ມືສະມາຊິກ MCO ຫຼື ຄູ່ມືຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ IRIS.  **ພາກ F—ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ**  ປະກອບໃສ່ຂໍ້ນີ້ໃຫ້ສຳເລັດເມື່ອບຸກຄົນກຳລັງສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍໄປຫາໜ່ວຍງານໃໝ່ ຫຼື ໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ). ພາກນີ້ (1) ແຈ້ງໃຫ້ຂໍ້ມູນບຸກຄົນວ່າຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ການກວດການດຳເນີນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງສາມາດທີ່ຈະໂອນຍ້າຍໄປຫາ ອົງການໃໝ່ໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີຄຳຍິນຍອມທີ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງຂອງບຸກຄົນພາຍໃຕ້ Wis. Stat. § 46.284(7); ແລະ (2) ບັນທຶກການໃຫ້ສິດອະນຸຍາດຂອງບຸກຄົນເປັນເອກະສານໄວ້ສຳລັບໜ່ວຍງານປັດຈຸບັນ ຫຼື ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູ ແລໄລຍະຍາວ ເພື່ອແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນລັບສະເພາະກັບໂຄງການ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ເລືອກໃໝ່. ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດໃຫ້ສິດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຢູ່ໃນພາກ F ຂອງແບບຟອມ.  **ພາກ G—ລາຍເຊັນ**  ສະມາຊິກ MCO ແລະ ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ IRIS ຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃສ່ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ຖືກຖອນ ຕົວອອກຈາກ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ຫຼື ເພື່ອໃຫ້ໂອນໄປຫາໂຄງການເບິ່ງແຍງ ດູແລໄລຍະຍາວອື່ນ, MCO ຫຼື ICA, ເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ປະກອບໃສ່ພາກອື່ນໃຫ້ຄົບຖ້ວນກໍ່ຕາມ. ຖ້າບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຂາດຄວາມສາມາດ, ບຸກຄົນບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມການຖອນຕົວໄດ້; ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບສິດຂອງບຸກຄົນຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມແທນ. ຖ້າຄົນເຊັນດ້ວຍເຄື່ອງໝາຍ, ຈຳເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນພະຍານສອງຄົນ. ຖ້າຄົນມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ ທີ່ບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໄດ້, ຄົນອາດຈະສັ່ງໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມໃຫ້ຢູ່ຕໍ່ໜ້າພະຍານສອງຄົນ. ຄົນຜູ້ທີ່ລົງລາຍເຊັນຄວນຊີ້ບອກວ່າລາວ ຫຼື ນາງກຳລັງເຊັນຕາມຄຳສັ່ງຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກ.  **ພາກ H—ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ**  ພາກນີ້ແມ່ນໃຫ້ທາງ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕື່ມໃສ່ເພື່ອລະບຸວ່າ ໃຜປະກອບແບບຟອມ ແລະ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ແກ່ບຸກຄົນ.  **ພາກ I—ການນຳໃຊ້ ICA**  ພາກນີ້ແມ່ນໄດ້ຕື່ມໃສ່ໂດຍ ICA ເມື່ອຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມກຳລັງຖືກໂອນຍ້າຍຈາກ IRIS ໄປຫາ Family Care, Partnership ຫຼື PACE. ICA ຕ້ອງກວດສອບວັນທີຂອງການຖອນຕົວຕາມທີ່ໄດ້ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ ແລະ ປ້ອນວັນທີເຊິ່ງໄດ້ ປ້ອນວັນທີການຖອນຕົວເຂົ້າໃນ WISITS. ຄວນສົ່ງແບບຟອມນີ້ກັບຄືນຫາ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ເມື່ອ ICA ປະກອບໃສ່ສຳເລັດແລ້ວ.  **ຂໍ້ມູນການແຈກຢາຍ ແລະ ການຈັດສົ່ງແບບຟອມ**  ເມື່ອປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມທຸກໜ້າຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມ ໄປຫາຝ່າຍຕໍ່ໄປນີ້:   * ສະມາຊິກ/ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ * ICA ຫຼື MCO ປັດຈຸບັນ ແລະ ໄດ້ສະເໜີຂໍ * ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ * IM – ສົ່ງຫາ IM ໃນສະຖານະການຕໍ່ໄປນີ້ເມື່ອບຸກຄົນ:   + ກຳລັງໂອນຍ້າຍເນື່ອງຈາກການຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ທີ່ຢູ່ໃໝ່ຂອງພວກເຂົາບໍ່ປະກົດຂຶ້ນຢູ່ໃນ FHiC, ຖ້າສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມເປີດຢູ່ໃນ CARES.   + ການຖອນຕົວຈາກ Family Care ຫຼື IRIS ແລະ ກຳລັງໄດ້ຮັບ MA ຜ່ານການມີສິດໄດ້ຮັບ Community Waiver MA (ການຍົກເວັ້ນຊຸມຊົນ MA) ຫຼື MAPP   ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງຮັກສາໃບຖອນຕົວທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ເປັນເວລາສິບປີໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221L (02/2024) | | | | | | | | **CIP** | | | | | | | | | | | |
| **Family Care ຫຼື IRIS**  **ສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂໍການຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ໃຫ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ aging and disability resource center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄົນພິການ, ADRC) ຫຼື ຊົນເຜົ່າ aging and disability resource specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄົນພິການຊົນເຜົ່າ, ADRS) ສຳລັບການນຳໃຊ້ໂດຍ income maintenance (ການບຳລຸງຮັກສາລາຍໄດ້, IM) ໃນທ້ອງຖິ່ນ, managed care organization (ອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, MCO) ແລະ IRIS consultant agency (ອົງການທີ່ປຶກສາໄອຣິສ IRIS, ICA). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ | | | | | | ຊື່ກາງ | | | ນາມສະກຸນ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ | | | | | | | | | ເມືອງ | | | | | | | | | ລະຫັດ Zip | |
| ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ | | | | | | | | | ຄາວຕີ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບ | | | | | | | | | | |
| ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ ຫຼື ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ  ແມ່ນ  ບໍ່ | | | | | | | | | ສະມາຊິກຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ | | | | | | | | | | |
| ເບີໂທລະສັບ | | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບມືຖື | | | | | | | | | | |
| ວັນເດືອນປີເກີດ | | ເລກ ID ຂອງສະມາຊິກ. (ດັ່ງທີ່ສະແດງໃນ ForwardHealth) | | | | | | | | | | | ກຸ່ມເປົ້າໝາຍບຸກຄົນ  FE  ID ຫຼື DD  PD | | | | | | |
| ຜູ້ປົກຄອງ  ຜົວ/ເມຍ  ຜູ້ປົກປ້ອງ  POA  ອື່ນໆ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຜູ້ຄົນຕິດຕໍ່ | | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | | | | ເບີໂທລະສັບມືຖື | | | | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ | | | | | | | | | ເມືອງ | | | | | | | | | ລະຫັດ Zip | |
| ໂຄງການ Long-Term Care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) (LTC) ປັດຈຸບັນ  Family Care  IRIS | | | ຊື່ຂອງ MCO ຫຼື ICA    ຊື່ຂອງ FEA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. ການຂໍຖອນຕົວ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ບຸກຄົນຂໍຢຸດການເຂົ້າຮ່ວມໃນ long-term care (ການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) (ໝາຍຕິກໃສ່ໂຄງການ):  Family Care  IRIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ບຸກຄົນຂໍຢຸດການເຂົ້າຮ່ວມໃນວັນທີຕໍ່ໄປນີ້:  (ອາດຈະບໍ່ແມ່ນວັນທີຕົວຈິງຂອງການຖອນຕົວ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. ການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ບຸກຄົນກຳລັງເລືອກໂອນໄຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ໃໝ່ ຫຼື ປ່ຽນໄປຫາ MCO ຫຼື ICA ໃໝ່ຊີ້ບອກໂຄງການເລືອກໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້:  Family Care  IRIS  Partnership  PACE  MCO ທີ່ແຕກຕ່າງກັນ   ICA ທີ່ແຕກຕ່າງກັນ  MCO ຫຼື ICA ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການລົງທະບຽນໃໝ່ໃນ Family Care, PACE ຫຼື Partnership:  ຫຼື ວັນທີການສົ່ງຕໍ່ IRIS (ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນກຳນົດໂດຍ ICA):  ແບບຟອມການລົງທະບຽນໃໝ່ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຖ້າການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍນີ້ແມ່ນຜົນຂອງການຍ້າຍ, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດສຳລັບທີ່ຢູ່ໃ ໝ່ຄື: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ | | | | | | | | | | | ເມືອງ | | | | | | | | ລະຫັດ Zip |
| ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | | | | | | ວັນທີຍ້າຍທີ່ມີຜົນໃຊ້ໄດ້ | | | | | | | |
| **D. ເຫດຜົນສຳລັບການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ເລືອກເຫດຜົນຕົ້ນຕໍທີ່ສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມກຳລັງເລືອກທີ່ຈະຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ), MCO ຫຼື ICA ອື່ນ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E ບໍ່ພໍໃຈກັບການແບ່ງປັນ | | | | | | | | | | 7M ການເລືອກສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການໂຮງໝໍຂັ້ນສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດ | | | | | | | | | |
| 7A ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຊອກຫາ ຫຼື ການຮັກສາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄວ້ | | | | | | | | | | 7D ການສັບປ່ຽນຫາການບໍລິການ Medicaid ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ | | | | | | | | | |
| 7B ຕ້ອງການການສະໜັບສະໜຸນໃນ ປະສານງານການບໍລິການ/ຫຼືການສົ່ງເສີມ | | | | | | | | | | 70 ໄດ້ຍ້າຍໄປສູ່ພາກພື້ນການບໍລິການອື່ນ | | | | | | | | | |
| 7B ບໍ່ສາມາດປ້ອງກັນການບໍລິການທີ່ ປອດໄພ ຫຼືການບໍລິການທີ່ບ້ານ | | | | | | | | | | ຍ້າຍອອກໄປຈາກລັດແລ້ວ | | | | | | | | | |
| 7A ບໍ່ສາມາດໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເລືອກໄດ້ | | | | | | | | | | 7B ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຕາມການຄາດຫວັງໄວ້ | | | | | | | | | |
| 7L ບັນຫາການບໍລິການລູກຄ້າກັບ MCO ຫຼື IRIS Consultant Agency (ຕົວແທນອົງການ ທີ່ປຶກສາ) ຫຼື IRIS Fiscal Employer Agency (ຕົວແທນພະນັກງານປະຈຳເງິນຄັງ) | | | | | | | | | | 72 ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້ເຫດຜົນ | | | | | | | | | |
| ບໍ່ຕ້ອງການການບໍລິການອີກຕໍ່ໄປ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **E. ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳອຸທອນກັບຄະນະກຳມະການທົບທວນ MCO ຫຼື IRIS ຫຼື ຝ່າຍອື່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານທີ່ຈະຖອນຕົວແລ້ວບໍ?  ແມ່ນ  ບໍ່ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ Wis. Stat. §46.284(7) ອະນຸຍາດໃຫ້ອົງການທີ່ເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງໄດ້ຮັບການສະໜອງຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ການກວດການດຳເນີນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, LTCFS) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີຄຳຍິນຍອມໄດ້ຮັບແຈ້ງຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.**  ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ໜ່ວຍງານເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອຊ່ວຍຂ້ອຍລົງທະບຽນ ຢູ່ໃນໂຄງການ ຫຼື ໜ່ວຍງານໃໝ່ຂອງຂ້ອຍຄື:   * Individual Support and Service Plan (ແຜນການບໍລິການ ແລະ ການສົ່ງເສີມຝ່າຍມຜ່າຍບຸກຄົນ) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ISSP) ຫຼື Member Centered Plan (ແຜນເອົາສະມາຊິກເປັນໃຈກາງ) (MCP) * Behavior Support Plan (ແຜນສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳ) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື Restrictive Measure (ມາດຕະການຈຳກັດ), ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້ * ເອກະສານກຳນົດສິດຂອງຜູ້ປົກຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້, ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້ * ຄຳສັ່ງສານ, ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້ * ແຜນວິກິດການ, ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້   ອື່ນໆ – ໃຫ້ລະບຸ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ/ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **G. ຄຳຢັ້ງຢືນເຈດຈຳນົງ—ທ່ານຕ້ອງເຊັນຄຳຢັ້ງຢືນເຈດຈຳນົງເພື່ອຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຂ້າພະເຈົ້າທີ່ເປັນຜູ້ລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໄດ້ສະເໜີຂໍບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວອີກ ແລະ ຂໍຖອນຕົວອອກ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຂໍໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ MCO ຫຼື ICA ອື່ນແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍລົງທະບຽນຢູ່ໃນ IRIS ທີ່ການຖອນຕົວຈາກໂຄງການປັດຈຸບັນ ປະຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນຈົນກວ່າແຜນບໍລິການ IRIS ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. **ການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກດຳເນີນການ, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ/ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **H. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ | | | | | | | | | | | | | | ເຂດ | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ | | | | | | | ເມືອງ | | | | | | | ລະຫັດ Zip | | | | | |
| ຊື່ – ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ | | | | | | | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕ້ອງໄດ້ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບແລ້ວທຸກໜ້າ, ເຖິງແມ່ນວ່າບໍ່ໄດ້ມີການຈັດການປຶກສາການລົງທະບຽນໃຫ້ກໍ່ຕາມ.**  ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງຮັກສາໃບຖອນຕົວທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ໃນແຟ້ມເປັນເວລາສິບປີ ໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ.  ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບແລ້ວ:  ບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້  MCO ແລະ ICA ປັດຈຸບັນ ຫຼື ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ  IM (ກະລຸນາເບິ່ງຄຳແນະນຳ)  ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. ICA ນຳໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ**  **ພາກນີ້ແມ່ນໃຫ້ ICA ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ, ຖ້າຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມກຳລັງຖືກໂອນຍ້າຍຈາກ IRIS ໄປຫາ Family Care, Partnership ຫຼື PACE. ຄວນສົ່ງແບບຟອມກັບຄືນຫາ ADRC ເມື່ອປະກອບໃສ່ສຳເລັດແລ້ວ.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ – ICA | | | | | ຊື່ – ພະນັກງານ | | | | | | | | | | | ວັນທີ | | | |
| ວັນທີຖອນຕົວ IRIS: | | | | | | ວັນທີຖອນຕົວທີ່ປ້ອນເຂົ້າໃນ WISITS: | | | | | | | | | | | | | |