|  |
| --- |
| [Insert MCO logo here] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FAMILY CARE ແຈ້ງການ ການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເປັນຜົນເສຍ**  **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION** | | |
| Insert Date Notice Mailed | | |
| Member Name | Member ID: Member's ID or MCI Number |
| Member/Legal Decision Maker's Street Address | |
| City, State Zip Code | |
| ທ່ານ Member Name ທີ່ຮັກແພງ, | |

|  |
| --- |
| **<<Use the three sentences below for all adverse benefit determinations except denials of provider claims. Then delete the provider claim denial specific language and these instructions.>>**  ແຈ້ງການນີ້ຢືນຢັນການປຶກສາຫາລືຂອງພວກເຮົາໃນວັນທີ insert date.  ການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນທີ່ໜ້າສົງໄສແມ່ນ: insert service in question  ຫຼັງຈາກມີການທົບທວນຄືນເບິ່ງທາງເລືອກຕ່າງໆກັບທ່ານດ້ວຍການໃຊ້ຂະບວນການ Resource Allocation Decision (ການຕັດສິນການຈັດແບ່ງຊັບພະຍາກອນ) (RAD), ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນທີ່ຈະ:  **<<For denials of provider claims, delete the three sentences above and use the following six sentences in their place. Then delete these instructions.>>**  Insert provider name ທີ່ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຊຳລະຄ່າບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພວກເຂົາ. ນີ້ເອີ້ນວ່າ "ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ." Department of Health Services (ພະແນກສາທາລະນະສຸກ) ຂອງລັດວິສຄອນຊິນ ໄດ້ຕັດສິນວ່າ Insert provider name eບໍ່ສາມາດຊຳລະຕໍ່ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງພວກເຂົາໄດ້.  ມັນບໍ່ແມ່ນຄວາມຜິດຂອງທ່ານທີ່ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຖືກປະຕິເສດ. ທ່ານ**ບໍ່**ຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຊຳລະເງິນຈຳນວນໃດໆກັບພວກເຮົາ, <<insert provider name>> ຫຼື ໃຜກໍ່ຕາມ.  ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການປະຕິເສດແມ່ນມີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ສິ້ນສຸດການບໍລິການປັດຈຸບັນ.** | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້: | | | | | | |  | | | |  |
| **ຫຼຸດການບໍລິການປັດຈຸບັນລົງ.** | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້: | | | | | | |  | | | |  |
| ລາຍລະອຽດຂອງລະດັບປັດຈຸບັນ: | | | | |  | | | | | | |
| ລະດັບໃໝ່ຫຼັງການຫຼຸດລົງ: | | | | |  | | | | | | |
| **ງົດໃຫ້ການບໍລິການປັດຈຸບັນ.** | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້: | | | | | | | |  | | |  |
| ວັນທີຄາດໄວ້ທີ່ການບໍລິການຈະເລີ່ມຕໍ່: | | | | | | | |  | | |  |
| **ປະຕິເສດຄຳສະເໜີຂໍການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນ.** | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີສະເໜີຂໍ: |  | | | | | | | | |  | |
| **ຈຳກັດການຮ້ອງຂໍການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນ.** | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີສະເໜີຂໍ: |  | | | | | | | | |  | |
| ລາຍລະອຽດຂອງລະດັບສະເໜີຂໍ: | | | | | |  | | | | | |
| ລະດັບຂອງການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ: | | | | | | | | | |  | |
| ປະຕິເສດການຊຳລະການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນ (ຄຳຂໍຂອງສະມາຊິກ). | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີສະເໜີຂໍ: |  | | | | | | | | |  | |
| ວັນທີໃຫ້ການບໍລິການ: | | |  | | | | | | | | |
| ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ຫຼື ຜູ້ສະໜອງ: | | | |  | | | | | | | |
| ຈຳນວນການຊຳລະທີ່ກຳລັງຖືກປະຕິເສດ: | | | | | | $ | | |  | | |
| ປະຕິເສດການຊຳລະການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນ (ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ). | | | | | | | | | | | |
| ບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນ: | |  | | | | | | |  | | |
| ວັນທີຂອງການປະຕິເສດ: | |  | | | | | | |  | | |
| ວັນທີຂອງການຮຽກຮ້ອງ: | |  | | | | | | |  | | |
| ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຜູ້ສະໜອງ: | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **ເຫດຜົນສຳລັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາແມ່ນວ່າ:**  ການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນບໍ່ແມ່ນວິທີທີ່ມີປະສິດທິພາບທີ່ຈະສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.  ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການບໍລິການນີ້ ຫຼື ລະດັບການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນເພື່ອສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ ຮັບຂອງທ່ານ.  ພວກເຮົາກຳລັງໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນຜົນໄດ້ຮັບຂອງທ່ານດ້ວຍວິທີອື່ນຢູ່.  ການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບບໍ່ຖືກອະນຸມັດ.  ການສະໜັບສະໜູນບໍ່ເປັນທາງການໄດ້ຖືກກຳນົດ ແລະ ເຫັນດີໃຫ້ການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນ ນີ້ແກ່ທ່ານ.  ການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນແມ່ນກຳລັງດຳເນີນໂດຍສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນເປັນປະໂຫຍດແກ່ຄົນອື່ນນໆທີ່ຢູ່ອາໄສໃນເຮືອນກັບທ່ານ.  ອື່ນໆ: | | | | | | | | | | | |
| ຄຳອະທິບາຍຄຳຕັດສິນ: This detailed explanation is for the member. The rationale used to make the decision should always be included along with any recommended alternative(s). | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນນີ້, ບັນດາໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ອະທິບາຍທາງເລືອກຂອງທ່ານ. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,  care manager name  care manager title  phone number  RN care manager name  RN Care Manager title  phone number | | | | | | | | | | | | |
| **ສິດໃນການຮ້ອງຂໍອຸທອນ**   1. **ວິທີການຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນນີ້** | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **<<Include the paragraph directly below for denials of provider claims and delete these instructions. If the adverse benefit determination is unrelated to a denial of a provider’s claim, delete the paragraph below and these instructions>>**  ທ່ານມີສິດໃນການອຸທອນການປະຕິເສດຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງ Provider name, ແຕ່ທ່ານ**ບໍ່**ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ. ບໍ່ວ່າທ່ານຈະອຸທອນ ຫຼື ບໍ່, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຊຳລະເງິນຕໍ່ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງນີ້ໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ, Provider name ຫຼື ໃຜກໍ່ຕາມ. |

|  |
| --- |
| ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນນີ້, ຂຽນໜັງສື, ໂທ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວ:  MCO name  MCO address  appropriate contact phone number  appropriate fax number  appropriate email address  ທ່ານສາມາດເອົາແບບຟອມການຮ້ອງຂໍອຸທອນທາງອອນລາຍທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm) ຫຼື ໂດຍການໂທຫາໜຶ່ງໃນຕົວແທນອົງການ ກວດສອບ (ombudsman) ເອກະລາດທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ທາງທ້າຍຂອງແຈ້ງການສະບັບນີ້.  **ຕິດຂັດແຈ້ງການສະບັບສຳເນົານີ້ກັບແບບຟອມ ຫຼື ໜັງສືການຮ້ອງຂໍທີ່ສຳເລັດແລ້ວ.** |
| 1. **ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee)**   ຫຼັງຈາກ MCO name ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຈາກທ່ານ, ພວກເຮົາຈະເລີ່ມການປະຊຸມກັບຄະນະກຳມະການ ຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຂອງພວກເຮົາ. ຄະນະກຳມະການນີ້ໄດ້ປະກອບຂຶ້ນຈາກຕົວແທນຂອງ MCO name ແລະ ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄົນແມ່ນຜູ້ທີ່ກຳລັງໃຊ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ (ຫຼື ເປັນຕົວແທນຂອງບາງຄົນ ທີ່ກຳລັງໃຊ້).  ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະກົດຕົວດ້ວຍຕົນເອງ ຖ້າຫາກທ່ານເລືອກ. ທ່ານອາດຈະເອົາທະນາຍຄວາມ, ໝູ່, ສະມາ ຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານຳ. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະສະແດງຫຼັກຖານ ແລະ ຄຳໃຫ້ການຕໍ່ກັບຄະນະກຳ ມະການນີ້.  ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຂັ້ນອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນ ຂອງຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ເບິ່ງພາກ "ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງລັດ" ດ້ານລຸ່ມສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. |

|  |
| --- |
| **<<Delete the “3. Continuation of services” section in its entirety for situations involving a request for a new service, a member request for payment of a service/support, or a denial of a provider’s claim. Keep the section for reductions, suspensions, or terminations of a current service. After deciding whether to include or exclude the section, delete these instructions.>>**   1. **ການສືບຕໍ່ການບໍລິການ**   ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຢູ່ ແລະ ທ່ານຂໍການອຸທອນກ່ອນເງິນຊົດເຊີຍຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ, ທ່ານສາ ມາດສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍດຽວກັນນັ້ນຈົນກ່ວາຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee) ໄດ້ຕັດສິນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.  ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຮັກສາເງິນຊົດເຊີຍໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ, **ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ ຖືກສົ່ງ, ແຟັກ ຫຼຶ ສົ່ງອີເມວໃນ ຫຼື ກ່ອນ insert effective date of intended action**.  ຖ້າຫາກຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຕັດສິນວ່າ MCO name, ຄຳຕັດສິນຖືກຕ້ອງ, ທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນໄລຍະທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍການອຸທອນ ແລະ ໃນໄລຍະທີ່ ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນກຳລັງເຮັດການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະ ເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່ານີ້ຄືນ. |

|  |
| --- |
| 1. **ກຳນົດເວລາການຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງທ່ານກັບ MCO name**   ທ່ານຄວນຈະຍື່ນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້.  ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານເຖິງ MCO name ຕ້ອງຖືກສົ່ງ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວບໍ່ໃຫ້ກາຍ 60 ວັນຕາມປະຕິ ທິນຈາກມື້ທີ່ໄດ້ສົ່ງໃນໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການສະບັບນີ້. **ສິ່ງສຳຄັນ**: ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເງິນຊົດເຊີຍ ຂອງທ່ານສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ, ການອຸທອນຂອງທ່ານຕ້ອງຖືກສົ່ງ, ແຟັກ, ສົ່ງອີເມວ MCO name**.** |
| 1. **ເລັ່ງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານກັບ MCO name**   ທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ MCO name ເລັ່ງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າຫາກ MCO name ຕັດສິນວ່າການ ໃຊ້ໄລຍະເວລາຕາມມາດຕະຖານສາມາດເປັນອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມສາມາດຂອງ ທ່ານທີ່ຈະໃຊ້ຊີວິດປະຈຳວັນ, ພວກເຮົາຈະເຮັດການອຸທອນໃຫ້ໄວຂຶ້ນເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ “ການຂໍອຸທອນແບບເລັ່ງ ລັດ.” ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນກໍລະນີຂອງທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຂອງການຮ້ອງຂໍຂອງ ທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນແບບເລັ່ງລັດ, ຕິດຕໍ່ **MCO** name ທີ່ເບີ MCO phone number. |
| 1. **ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ**   ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຂອງຄະນະກຳມະ ການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຕໍ່ກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.  ຖ້າທ່ານຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ, ທ່ານຈະມີການໄຕ່ສວນກັບຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງເອ ກະລາດ (Independent Administrative Law Judge) (ALJ). ທ່ານອາດຈະເອົາທະນາຍຄວາມ, ໝູ່, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານຳ. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະສະແດງຫຼັກຖານ ແລະ ຄຳໃຫ້ການຢູ່ໃນການ ໄຕ່ສວນໄດ້.  ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ MCO name ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ ສວນທີ່ເປັນທຳໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ Member Rights Specialist phone number. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດເອົາແບບຟອມການໄຕ່ສວນໄດ້ຈາກໜຶ່ງໃນອົງການກວດສອບ (ombudsman) ເອກະລາດທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນທາງທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ຫຼື ທາງອອນລາຍທີ່: [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).  ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ ຫຼື ໜັງສືຂໍການໄຕ່ສວນ ແລະ ສຳເນົາແຈ້ງການນີ້ໄປຫາ:  Family Care Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  ແຟັກ: 608-264-9885  **ໝາຍເຫດສຳຄັນ:** ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດຈົນກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຕໍ່ກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ຫຼື MCO name ບໍ່ສາມາດສົ່ງການຕັດສິນເປັນລາຍລັກ ອັກສອນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຕາມເວລາປະຕິທິນນັບຈາກການໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.  ທ່ານມີເວລາຕາມປະຕິທິນ 90 ວັນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງຄະນະກຳມະ ການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຕໍ່ກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານເພື່ອຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ. ຖ້າຫາກ MCO name ບໍ່ສາມາດສົ່ງການຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຕາມເວລາປະຕິທິນນັບຈາກ ການໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ, ໄລຍະ 90 ວັນເລີ່ມຈາກໄລຍະການສິ້ນສຸດ 30 ວັນທາງປະຕິທິນ. |
| 1. **ໃຜສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈແຈ້ງການນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານ?**    1. ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກຂອງ MCO name ສາມາດແຈ້ງສິດຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ານຮູ້, ພະຍາຍາມແກ້ຂໍ້ ຂ້ອງໃຈຂອງທ່ານບໍ່ເປັນທາງການ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນອຸທອນ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ**ບໍ່ສາ ມາດ**ເປັນຕົວແທນທ່ານຢູ່ໃນການປະຊຸມກັບຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ Member Rights Specialist phone number.    2. ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ Family Care ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ເສຍຄ່າຈາກ **ອົງການກວດ ສອບ (ombudsman) ເອກະລາດ**. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກ Family Care: |
| **ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**  Disability Rights Wisconsin  ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778  TTY: 711 |
| **ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**  Wisconsin Board on Aging and Long Term Care  ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015  TTY: 711 |
| **ສຳເນົາສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ**  ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂໍ້ມູນຢູ່ໃນແຟ້ມຄະດີຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຕັດສິນນີ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ຂໍ້ມູນໝາຍເຖິງ ເອກະສານ, ບັນທຶກທາງການແພດທັງໝົດ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຕັດສິນນີ້. ຖ້າຫາກທ່ານຕັດ ສິນໃຈທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຄຳຕັດສິນນີ້, ທ່ານມີສິດໃນຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມເຕີມທີ່ MCO name ໄດ້ເກັບເອົາໃນລະ ຫວ່າງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ເພື່ອຂໍສຳເນົາສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ, ຕິດຕໍ່ appropriate contact ທີ່ເບີ phone number. |