|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-00534L (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **ການຂໍຖອນໂຕໂດຍສະມາຊິກ Partnership ຫຼື ຄຳແນະນຳໃນການໂອນຍ້າຍ**(Partnership member 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 ຄວນກວດສອບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຢູ່ໃນພາກນີ້ ແລະ ດຳເນີນການແກ້ໄຂທີ່ຈຳເປັນໃນແບບຟອມ. ເມື່ອ income maintenance (ຝ່າຍບຳລຸງຮັກສາລາຍໄດ້, IM) ໄດ້ຮັບແບບຟອມສະແດງການແກ້ໄຂ, ພວກເຂົາຈະອັບເດດຂໍ້ມູນຢູ່ໃນ CARES. Supplemental Security Income (ຖ້າບຸກຄົນໄດ້ຮັບລາຍຮັບປະກັນໄພເສີມ, SSI), ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນແຈ້ງເຕືອນບຸກຄົນໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບອົງການປະກັນສັງຄົມ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ, SSA) ເພື່ອອັບເດດຂໍ້ມູນ. **ພາກ B—ການຂໍຖອນຕົວ**ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມແມ່ນໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ. ບຸກຄົນຊີ້ບອກໂຄງການທີ່ພວກເຂົາຢາກຈະອອກ ແລະ ວັນທີຖອນຕົວທີ່ພວກເຂົາເລືອກ. ມັນມີຄວາມສຳຄັນສຳລັບ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທັງໝົດແກ່ບຸກຄົນໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ຄຳປຶກສາການຖອນຕົວເຊັ່ນ: ຜົນກະທົບຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ແລະ ວັນທີອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແນວໃດ ເພື່ອໃຫ້ບຸກຄົນມີຂໍ້ມູນໃນການຕັດສິນໃຈ.ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕື່ມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ການຖອນຕົວໃສ່. ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕື່ມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວຢູ່ໃນ FHiC. ວັນທີທີ່ບຸກຄົນຢາກຈະຖອນຕົວຈາກໂຄງການອາດຈະບໍ່ແມ່ນວັນທີການຖອນຕົວຕົວຈິງສະເໝີໄປ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນການຂໍຖອນຕົວທັນທີ. ຖ້າບຸກຄົນຢາກຈະຖອນຕົວອອກຈາກໂຄງການໃນເວລາໜ້ອຍກວ່າສາມວັນລັດຖະການຈາກວັນທີລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມ, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕິດຕໍ່ອົງການ Partnership Organization (ອົງການທີ່ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) ເພື່ອເລັ່ງຂະບວນການ. ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ Partnership ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງບຸກຄົນອາດຈະສືບຕໍ່ເປັນໄລຍະເວລາເຖິງສາມເດືອນຫຼັງຈາກການລົງທະບຽນຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ການຂໍໂອນຍ້າຍ. ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການຄຸ້ມຄອງໃໝ່ຂອງພວກເຂົາຂຶ້ນກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ Special Election Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ, SEP). ບຸກຄົນຖອນຕົວຈາກ Partnership ອາດຈະເລືອກລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare Advantage ໃໝ່ ຫຼື ແຜນປະກັນ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າບຸກຄົນບໍ່ດຳເນີນການລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare ອື່ນກ່ອນການຄຸ້ມຄອງ Partnership ສິ້ນສຸດ, ພວກເຂົາຈະຖືກເອົາລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ເດີມໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງໃນການສືບຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ບຸກຄົນຄວນຕິດຕໍ່ແຜນປະກັນ Medicare ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງພວກເຂົາເພື່ອຮັບເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ SEP. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບທາງເລືອກ Medicare, ບຸກຄົນອາດຈະກຳນົດເວລານັດໝາຍກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ ADRC, ຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊົນເຜົ່າ ຫຼື ໂທຫາສາຍດ່ວນ Wisconsin Medigap Helpline ທີ່ເບີ 1-800-242-1060.**ພາກ C—ການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍ**ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມແມ່ນໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ. ບຸກຄົນຊີ້ບອກໂຄງການ ແລະ MCO ຫຼື ICA ທີ່ພວກເຂົາຢາກຈະໃຫ້ໂອນຍ້າຍໄປຫາ. ຖ້າຄຳສະເໜີຂໍແມ່ນເນື່ອງມາຈາກການຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້, ບຸກຄົນຖືກຖາມກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ໃໝ່, ເບີໂທລະສັບຂອງພວກເຂົາ ແລະ ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງການຍ້າຍ. ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ມີການລົງທະບຽນໃໝ່ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ ເມື່ອລູກຄ້າເລືອກທີ່ຈະໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການໃໝ່, MCO ຫຼື ICA. ຖ້າການລົງທະບຽນໃນໂຄງການ ຫຼື ອົງການໃໝ່ທີ່ເປັນຜົນມາຈາກການເຄື່ອນໄຫວ, ວັນທີລົງທະບຽນຈະຖືກປະໄວ້ໃນຕອນຕົ້ນ ແລະ ຈະສໍາເລັດເມື່ອວັນທີລົງທະບຽນຖືກກໍານົດໂດຍອົງການໂຄງການ long-term care (ການດູແລໄລຍະຍາວ).ຖ້າບຸກຄົນນັ້ນເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນ Family Care, PACE ຫຼື Partnership, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະໃສ່ວັນທີລົງທະບຽນໃໝ່ໃນແບບຟອມ, ວັນທີລົງທະບຽນແມ່ນຈະໄດ້ຮັບການເລືອກໂດຍບຸກຄົນນັ້ນ. 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. ຂໍ້ມູນທີ່ຈັດໃຫ້ໃນພາກນີ້ຈະກຳນົດວ່າໜ່ວຍງານໃດຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງເລື່ອງການໂອນຍ້າຍ ແລະ ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ປະກອບແບບຟອມການລົງທະບຽນໂຄງການ Family Care, ແບບຟອມການລົງທະບຽນ PACE, ແບບຟອມການລົງທະບຽນ Partnership ຫຼື ແບບຟອມການອະນຸຍາດ IRIS ຫຼື ບໍ່.ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ Partnership ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງບຸກຄົນອາດຈະສືບຕໍ່ເປັນໄລຍະເວລາເຖິງສາມເດືອນຫຼັງຈາກການລົງທະບຽນຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ການຂໍໂອນຍ້າຍ. ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການຄຸ້ມຄອງໃໝ່ຂອງພວກເຂົາຂຶ້ນກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ Special Election Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ, SEP). ບຸກຄົນຖອນຕົວຈາກ Partnership ອາດຈະເລືອກລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare Advantage ໃໝ່ ຫຼື ແຜນປະກັນ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າບຸກຄົນບໍ່ດຳເນີນການລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare ອື່ນກ່ອນການຄຸ້ມຄອງ Partnership ສິ້ນສຸດ, ພວກເຂົາຈະຖືກເອົາລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ເດີມໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງໃນການສືບຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ບຸກຄົນຄວນຕິດຕໍ່ແຜນປະກັນ Medicare ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງພວກເຂົາເພື່ອຮັບເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ SEP. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບທາງເລືອກ Medicare, ບັນດາບຸກຄົນອາດຈະກຳນົດເວລານັດໝາຍກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ ADRC, ຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊົນເຜົ່າ ຫຼື ໂທຫາສາຍດ່ວນ Wisconsin Medigap Helpline ທີ່ເບີ 1-800-242-1060.**ພາກ D—ເຫດຜົນສຳລັບການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ**ຢູ່ໃນພາກນີ້, ບຸກຄົນອາດຈະຊີ້ບອກເຫດຜົນຕົ້ນຕໍດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈໃຫ້ກັບ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທີ່ຢາກຈະອອກຈາກໂຄງການປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງ ຫຼື PO.**ພາກ E—ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ**ສ່ວນສຳຄັນຂອງການປຶກສາການຖອນຕົວແມ່ນກຳລັງຊ່ວຍໃຫ້ບຸກຄົນເຂົ້າໃຈ ແລະ ນຳໃຊ້ສິດຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງທັງໝົດໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກ ແລະ ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ. ຂຶ້ນຢູ່ກັບເຫດຜົນຂອງບຸກຄົນສຳລັບຄວາມຕ້ອງການຢາກຈະອອກຈາກໂຄງການ, ລາວ ຫຼື ນາງອາດຈະມີສິດຍື່ນອຸທອນ. ບຸກຄົນທຸກຄົນມີສິດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ. ບັນດາ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ສາມາດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຄົນໃດໜຶ່ງຜູ້ທີ່ຢາກຍື່ນອຸທອນ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້. ບັນດາ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນຈະອະທິບາຍໃຫ້ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ອາດຈະຢູ່ໃນຂະບວນການອຸທອນຮູ້ເຖິງຜົນຕາມມາຂອງການຖອນຕົວກ່ອນທີ່ຈະດຳເນີນການອຸທອນໃຫ້ສຳເລັດ. ທຸກ PO ມີ Member Rights Specialists (ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ) ຜູ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກໃນການຍື່ນຄຳອຸທອນ ແລະ ຄຳຮ້ອງທຸກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຍື່ນຄຳອຸທອນ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ, ບຸກຄົນອາດຈະທົບທວນເບິ່ງປຶ້ມຄູ່ມືສະມາຊິກ Partnership.**ພາກ F—ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ** ປະກອບໃສ່ຂໍ້ນີ້ໃຫ້ສຳເລັດເມື່ອບຸກຄົນກຳລັງສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍໄປຫາໜ່ວຍງານໃໝ່ ຫຼື ໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ). ພາກນີ້ (1) ແຈ້ງໃຫ້ຂໍ້ມູນບຸກຄົນວ່າຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ການກວດການດຳເນີນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງສາມາດທີ່ຈະໂອນຍ້າຍໄປຫາອົງການໃໝ່ໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີຄຳຍິນຍອມທີ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງຂອງບຸກຄົນພາຍໃຕ້ Wis. Stat. § 46.284(7); ແລະ (2) ບັນທຶກການໃຫ້ສິດອະນຸຍາດຂອງບຸກຄົນເປັນເອກະສານໄວ້ສຳລັບໜ່ວຍງານປັດຈຸບັນ ຫຼື ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ເພື່ອແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນລັບສະເພາະກັບໂຄງການ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ເລືອກໃໝ່. ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດໃຫ້ສິດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຢູ່ໃນພາກ F ຂອງແບບຟອມ.**ພາກ G—ລາຍເຊັນ**ສະມາຊິກ Partnership ຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃສ່ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ຖືກຖອນຕົວອອກຈາກການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ຫຼື ເພື່ອໃຫ້ໂອນໄປຫາໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ອື່ນ, MCO ຫຼື ICA, ເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ປະກອບໃສ່ພາກອື່ນໃຫ້ຄົບຖ້ວນກໍ່ຕາມ. ຖ້າບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຂາດຄວາມສາມາດ, ບຸກຄົນບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມການຖອນຕົວໄດ້; ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບສິດຂອງບຸກຄົນຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມແທນ. ຖ້າຄົນເຊັນດ້ວຍເຄື່ອງໝາຍ, ຈຳເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນພະຍານສອງຄົນ. ຖ້າຄົນມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍທີ່ບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໄດ້, ຄົນອາດຈະສັ່ງໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມໃຫ້ຢູ່ຕໍ່ໜ້າພະຍານສອງຄົນ. ຄົນຜູ້ທີ່ລົງລາຍເຊັນຄວນຊີ້ບອກວ່າລາວ ຫຼື ນາງກຳລັງເຊັນຕາມຄຳສັ່ງຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກ. **ພາກ H—ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ**ພາກນີ້ແມ່ນໃຫ້ທາງ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕື່ມໃສ່ເພື່ອລະບຸວ່າ ໃຜປະກອບແບບຟອມ ແລະ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ແກ່ບຸກຄົນ.**ຂໍ້ມູນການແຈກຢາຍ ແລະ ການຈັດສົ່ງແບບຟອມ**ເມື່ອປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມທຸກໜ້າຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມໄປຫາດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:* ສະມາຊິກ
* PO, MCO ແລະ ICA ປັດຈຸບັນ ຫຼື ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ
* ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ
* IM - ສົ່ງຫາ IM ໃນສະຖານະການຕໍ່ໄປນີ້ເມື່ອບຸກຄົນ:
	+ ກຳລັງໂອນຍ້າຍເນື່ອງຈາກການຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ທີ່ຢູ່ໃໝ່ຂອງພວກເຂົາບໍ່ປະກົດຂຶ້ນຢູ່ໃນ FHiC, ຖ້າສະມາຊິກເປີດຢູ່ໃນ CARES.
	+ ກຳລັງຖອນຕົວຈາກ Partnership ແລະ ກຳລັງໄດ້ຮັບ MA ຜ່ານການມີສິດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຊຸມຊົນ Community Waiver MA (ການຍົກເວັ້ນຊຸມຊົນ MA) ຫຼື MAPP

ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງຮັກສາໃບຖອນຕົວທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ເປັນເວລາສິບປີໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ**.** |

|  |
| --- |
| **partnership****CIP****ສະມາຊິກໄດ້ສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍ** |
| ໃຫ້ທາງ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃສ່ໃຫ້ຄົບຖ້ວນສຳລັບການໃຊ້ໂດຍ IM ແລະ PO ໃນທ້ອງຖິ່ນ. |
| **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 |
| ຊື່ບຸກຄົນຕິດຕໍ່      | ເບີໂທລະສັບ      | ເບີໂທລະສັບມືຖື      |
| [ ]  ຜູ້ປົກຄອງ [ ]  ຜົວ/ເມຍ [ ]  ຜູ້ປົກປ້ອງ [ ]  POA [ ]  ອື່ນໆ:        |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ      | ເມືອງ      | ລະຫັດ Zip      |
| ຊື່ຂອງ MCO      |
| **B. ການຂໍຖອນຕົວ** |
| ບຸກຄົນຂໍຢຸດການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Partnership (ເລືອກໂຄງການ): [ ]  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc. [ ]  Community Care Health Plan, Inc. [ ]  Independent Care Health Plan |
| ບຸກຄົນຂໍຢຸດການເຂົ້າຮ່ວມໃນວັນທີຕໍ່ໄປນີ້:       (ອາດຈະບໍ່ແມ່ນວັນທີຕົວຈິງຂອງການຖອນຕົວ) |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວ:        |
| **C. ການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍ**  |
| ບຸກຄົນກຳລັງເລືອກໂອນໄຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ໃໝ່ ຫຼື ປ່ຽນໄປຫາ PO ໃໝ່ຊີ້ບອກໂຄງການເລືອກໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້:[ ]  Family Care [ ]  IRIS [ ]  PACE [ ]  PO ຕ່າງຫາກ MCO, PO ຫຼື ICA ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ:        |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວ:        |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການລົງທະບຽນໃໝ່ໃນ Family Care, Partnership ຫຼື PACE,ຫຼື ວັນທີການສົ່ງຕໍ່ IRIS (ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນກຳນົດໂດຍ ICA):       ແບບຟອມການລົງທະບຽນໃໝ່ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ  |
| ຖ້າການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍນີ້ແມ່ນຜົນຂອງການຍ້າຍ, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດສຳລັບທີ່ຢູ່ໃໝ່ຄື: |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ      | ເມືອງ      | ລະຫັດ Zip      |
| ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ      | ເບີໂທລະສັບ      | ວັນທີຍ້າຍທີ່ມີຜົນໃຊ້ໄດ້      |
| **ວັນທີເລືອກແຜນປະກັນ Medicare**[ ]  ບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ ບຸກຄົນບໍ່ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ Medicare.[ ]  SEP: ບຸກຄົນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Special Election Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ).ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການປ່ຽນການເລືອກແຜນປະກັນ Medicare:      [ ]  ບໍ່ມີ SEP: ບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Special Election Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ).ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການປ່ຽນການເລືອກແຜນປະກັນ Medicare:       |
| **D. ເຫດຜົນສຳລັບການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ**  |
| ເລືອກເຫດຜົນຕົ້ນຕໍທີ່ສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມກຳລັງເລືອກທີ່ຈະຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ), PO, MCO ຫຼື ICA ອື່ນ: |
| [ ]  7E ບໍ່ພໍໃຈກັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ | [ ]  7M ການເລືອກສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການໂຮງໝໍຂັ້ນສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດ |
| [ ]  7A ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຊອກຫາ ຫຼື ການຮັກສາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄວ້ | [ ]  7D ການສັບປ່ຽນຫາການບໍລິການ Medicaid ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ |
| [ ]  7B ຕ້ອງການການສະໜັບສະໜຸນໃນປະສານງານການບໍລິການ/ຫຼືການສົ່ງເສີມ | [ ]  70 ໄດ້ຍ້າຍໄປສູ່ພາກພື້ນການບໍລິການອື່ນ |
| [ ]  7B ບໍ່ສາມາດຮັກສາການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດ ຫຼື ຊົ່ວໂມງຂອງການບໍລິການໄວ້ໄດ້ | [ ]  ຍ້າຍອອກໄປຈາກລັດແລ້ວ |
| [ ]  7A ບໍ່ສາມາດໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເລືອກໄດ້ | [ ]  7B ການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຕາມຄວາມຄາດຫວັງ |
| [ ]  7L ບັນຫາບໍລິການລູກຄ້າກັບອົງການ Partnership Organization (ອົງການທີ່ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ) | [ ]  72 ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້ເຫດຜົນ |
| [ ]  ບໍ່ຕ້ອງການການບໍລິການອີກຕໍ່ໄປ |  |
| **E. ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ** |
| ສະມາຊິກໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳອຸທອນກັບຄະນະກຳມະການທົບທວນ PO ຫຼື ຝ່າຍອື່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານທີ່ຈະຖອນຕົວແລ້ວບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ |
| **F. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ** |
| **ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Wis. Stat. §46.284(7) ອະນຸຍາດໃຫ້ອົງການທີ່ເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງໄດ້ຮັບການສະໜອງຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ການກວດການດຳເນີນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, LTCFS) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີຄຳຍິນຍອມໄດ້ຮັບແຈ້ງຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.** ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໜ່ວຍງານເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ ຫຼື ໜ່ວຍງານໃໝ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄື:* Individual Support and Service Plan (ແຜນການສະໜັບສະໜູນບຸກຄົນ ແລະ ການບໍລິການ, ISSP) ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື Member Centered Plan (ແຜນເອົາສະມາຊິກເປັນໃຈກາງ, MCP)
* Behavior Support Plan (ແຜນສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳ)ຂອງຂ້ອຍ/Restrictive Measure (ມາດຕະການຈຳກັດ), ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້
* ເອກະສານກຳນົດສິດຂອງຜູ້ປົກຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້, ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້
* ຄຳສັ່ງສານ, ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້
* ແຜນວິກິດການ, ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້
* ອື່ນໆ – ລະບຸ:
 |
| **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ | 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 ຫຼື MCO. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍລົງທະບຽນຢູ່ໃນ IRIS ທີ່ການຖອນຕົວຈາກໂຄງການປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນຈົນກວ່າແຜນບໍລິການ IRIS ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ.**ບັນທຶກສຳຄັນ:** ຖ້າທ່ານຂໍຖອນຕົວ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດທັງໝົດຈາກແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈົນກວ່າວັນທີການຖອນຕົວມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈາກແຜນປະກັນ Medicare. ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ Partnership ປັດຈຸບັນຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ເປັນໄລຍະເວລາເຖິງສາມເດືອນຫຼັງຈາກການລົງທະບຽນຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ການຂໍໂອນຍ້າຍ. ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການຄຸ້ມຄອງໃໝ່ຂອງທ່ານຂຶ້ນກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ Special Election Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ, SEP). ເມື່ອທ່ານຖອນຕົວຈາກ Partnership, ທ່ານອາດຈະເລືອກລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare Advantage ໃໝ່ ຫຼື ແຜນປະກັນ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ດຳເນີນການລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare ອື່ນກ່ອນການຄຸ້ມຄອງ Partnership ສິ້ນສຸດ, ທ່ານຈະຖືກເອົາລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ເດີມໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງໃນການສືບຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ຕິດຕໍ່ແຜນປະກັນ Medicare ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງທ່ານສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ SEP. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບທາງເລືອກ Medicare, ບຸກຄົນອາດຈະກຳນົດເວລານັດໝາຍກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ ADRC, ຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊົນເຜົ່າ ຫຼື ໂທຫາສາຍດ່ວນ Wisconsin Medigap Helpline ທີ່ເບີ 1-800-242-1060. |
| **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **H. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ** |
| ADRC ຫຼື Tribe       | ເຂດ       |
| ADRC/ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຊົນເຜົ່າ      | ເມືອງ      | ລະຫັດ Zip      |
| ຊື່ – ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ       | ເບີໂທລະສັບ      |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ      |
| **ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຈະຕ້ອງໄດ້ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບແລ້ວທຸກໜ້າ, ເຖິງແມ່ນວ່າບໍ່ໄດ້ມີການຈັດການປຶກສາການລົງທະບຽນໃຫ້ກໍ່ຕາມ.**ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງຮັກສາໃບການຂໍຖອນຕົວໂດຍສະມາຊິກ ຖອນຕົວທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນສະມາຊິກ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ໃນແຟ້ມເປັນເວລາສິບປີໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ.ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວ:[ ]  ຕົວບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້[ ]  PO, MCO ແລະ ICA ປັດຈຸບັນ ຫຼື ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ[ ]  IM (ກະລຸນາເບິ່ງຄຳແນະນຳ)*[ ]*  ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ |