|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02140L (02/2024) | | **STATE OF WISCONSIN** | |
| **ຂໍ້ຕົກລົງບໍລິການດ່ວນ**  **(URGENT SERVICES AGREEMENT)** | | |
| ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ແບບຟອມນີ້ຈະຕ້ອງຂຽນໃຫ້ສໍາເລັດ ແລະ ຕິດຂັດມາພ້ອມກັບແບບຟອມການລົງທະບຽນຂອງທ່ານຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍການບໍລິການດ່ວນ. ແບບຟອມນີ້ແມ່ນຂຽນໃຫ້ສໍາເລັດໂດຍ The Aging and Disability Resource Center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ) (ADRC) ຫຼື Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການຊົນເຜົ່າ) (ADRS).  ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໝັກຂໍຮັບບໍລິການຜ່ານເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າ:   * ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງມີຄົບເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານໜ້າທີ່ການ ແລະ ການເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ. * The Aging and Disability Resource Center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ) ຫຼື Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການຊົນເຜົ່າ) ໄດ້ກຳນົດວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານໜ້າທີ່ການ. * ການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍັງຄົງຄ້າງຢູ່. * ຂ້າພະເຈົ້າຜ່ານເກນໃນການຮ້ອງຂໍການບໍລິການດ່ວນ. * ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະສາມາດເລີ່ມໄດ້ຮັບບໍລິການ “ດ່ວນ” ບາງອັນໃນຂະນະທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງລໍຖ້າຄຳຕັດສິນສຸດທ້າຍກ່ຽວກັບການມີສິໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. * ຖ້າພະເຈົ້າຖືກກຳນົດວ່າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຖືກກຳນົດວ່າມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເງິນ, ແຕ່ຕັດສິນໃຈບໍ່ລົງທະບຽນ, ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າຜ່ານອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈະສິ້ນສຸດ.ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ສະໜອງໃຫ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າຜ່ານອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮ່ວມມືກັບອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເພື່ອກຳນົດເວລາການຊຳລະເງິນ.   ຂ້າພະເຈົ້າຢາກຈະໃຫ້ The Aging and Disability Resource Center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການ) ຫຼື Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການຊົນເຜົ່າ) ສົ່ງຂ້າພະເຈົ້າຕໍ່ໄປຫາອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທັນທີ ເພື່ອທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະສາມາດເລີ່ມຕົ້ນຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຕາມຄວາມຈຳເປັນໃນການເບິ່ງແຍງດູແລເລັ່ງດ່ວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. | | |
| ລາຍເຊັນ – ຜູ້ສະໝັກ | | ວັນທີເຊັນ |
|  | |  |
| ຊື່ແຈ້ງ | | |
|  | | |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | | ວັນທີເຊັນ |
|  | |  |
| ຊື່ແຈ້ງ | | |
|  | | |
| ລາຍເຊັນ – ADRC/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ ADRS ຊົນເຜົ່າ | | ວັນທີເຊັນ |
|  | |  |
| ຊື່ແຈ້ງ | | |
|  | | |
| ເລືອກ MCO ແລ້ວ  Community Care, Inc.  Inclusa, Inc.  iCare  Lakeland Care, Inc.  My Choice Wisconsin. | | |
| ພາກນີ້ສໍາເລັດໂດຍ MCO | | |
| ຄໍາ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ແມ່ນ​: | | |
| ອະນຸມັດ. ການລົງທະບຽນອາດຈະເກີດຂຶ້ນໃນ ຫຼື ຫຼັງຈາກວັນທີນີ້:       . | | |
| ປະຕິເສດ. ເຫດຜົນສໍາລັບການປະຕິເສດ:       . | | |
| ລາຍເຊັນ – ຕົວແທນ MCO | ວັນທີເຊັນ | |
|  |  | |