

ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ ບັນຄວາມ ລັບຂອງ WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES, SENIORCARE, ແລະ CARETAKER SUPPLEMENT

RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AUTHORIZATION FOR WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES, SENIORCARE, AND CARETAKER SUPPLEMENT

ຈົ່ງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ເຮັດສໍາເລັດແລະສົ່ງມາເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກທີ 2 ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກເປີດເຜີຍອາດມີສິດກວດສອບແລະ ໄດ້ຮັບສໍານຳນັກຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍຫຼັງຈາກທີ່ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມໃດໆທີ່ມີ.

ຄໍາແນະນຳໃນການສົ່ງ

ຖ້າຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍອາໄສຢູ່ໃນ ຄາວຕີ Milwaukee, ຈົ່ງເຮັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ສງແບບຟອມໄປທີ່ ແຟກ 1-888-409-1979.
- ສງແບບຟອມທາງໄປສະນີ: MDPU 6055 N. 64th St. Milwaukee, WI 53218

ຖ້າຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍ ບໍ່ໄດ້ ອາໄສຢູ່ໃນ ຄາວຕີ Milwaukee, ຈົ່ງເຮັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ສົ່ງແບບຟອມໄປທີ່ ແຟກ 1-855-293-1822.
- ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີ: CDPU PO Box 5234 Janesville, WI 53547

ຫມວດທີ 1 ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວແລະຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ 

ພາກ A: ເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍ

ຊື່ - ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍ (ນາມສະກຸນ, ຊື່, ອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ຫມາຍເລກເຄສ (ຖ້າຫາກຮູ້)	ວັນເກີດ
------------------------	---------

ທີ່ຢູ່

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ພາກ B: ບຸກຄົນຫຼືອົງກອນທີ່ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃຫ້

ຊື່ - ບຸກຄົນຫຼືອົງກອນທີ່ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃຫ້

ທີ່ຢູ່

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ພາກ C: ຫນ່ວຍງານ/ອົງກອນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ

ຊື່ - ການຮັກສາລາຍໄດ້ຫຼືຫນ່ວຍງານສໍາລັບຊົນເຜົ່າ/ອົງກອນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ

ທີຢູ່

ເມືອງ

ລັດ

ລະຫັດໄປສະນີ

ຫມວດທີ 2

ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍ



ລະບຸຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍ

- ສະຖານະຄຸນະສົມບັດໃນປະຈຸບັນສໍາລັບໂຄງການສຸຂະພາບແລະໄພຊະນາການ
- ຂໍ້ມູນທີ່ໃຊ້ໃນການຕັດສິນຄຸນະສົມບັດສໍາລັບໂຄງການສຸຂະພາບແລະໄພຊະນາການ
- ຂໍ້ມູນຄຸນະສົມບັດອື່ນໆ – ລະບຸ:

ລະບຸວັດຖຸປະສົງຫຼືຄວາມຈໍາເປັນໃນການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ. ລະບຸໃຫ້ລະອຽດ.

ລະບຸວັນທີການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສິ້ນສຸດລົງ. ວັນທີນັ້ນຕ້ອງຢູ່ພາຍໃນ 12 ເດືອນນັບແຕ່ວັນທີທີ່ໄດ້ເຊັນຊື່ໃນແບບຟອມນີ້. ຖ້າບໍ່ໄດ້ໃຫ້ວັນທີ, ການອະນຸຍາດນັ້ນຈະສິ້ນສຸດລົງພາຍໃນ 12 ເດືອນນັບແຕ່ວັນທີທີ່ໄດ້ເຊັນຊື່ໃນແບບຟອມນີ້.

ຫມວດ 3

ຄໍາປະກາດສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈແລະເຊັນຊື່.



- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກັບບຸກຄົນຫຼືອົງກອນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກ B ຫມວດທີ່ 1.
- ການອະນຸຍາດນີ້ແມ່ນເປັນສິ່ງທີ່ເຮັດໂດຍສະຫມັກໃຈ. ການປະຕິເສດບໍ່ລົງລາຍເຊັນ ຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການປິ່ນປົວ, ການຊໍາລະເງິນ, ການລົງທະບຽນ, ຫຼືການມີສິດໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ.
- ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍໂດຍຜູ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນອີກເທື່ອ ສະເພາະເທົ່າທີ່ກົດຫມາຍອະນຸຍາດເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າຂໍ້ມູນຖືກເປີດເຜີຍອີກເທື່ອ, ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍອີກເທື່ອນັ້ນອາດຈະຖືກກົດຫມາຍອື່ນຄວບຄຸມ.

- ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍົກເລີກການອະນຸຍາດນີ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ໄດ້ທຸກເວລາ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ຂໍ້ມູນນັ້ນຈະຖືກເປີດເຜີຍໄປແລ້ວ ຈາກການອະນຸຍາດນີ້. ການຍົກເລີກທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນນັ້ນ ຕ້ອງໃຫ້ແກ່ຫນ່ວຍງານ/ອົງກອນ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ.
- ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະຖືກຍົກເລີກ, ການອະນຸຍາດນີ້ຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນກ່ວາເຖິງວັນຫມົດອາຍຸດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຫມວດທີ 2.



ລາຍເຊັນ – ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍ

ວັນທີເຊັນ

ຖະແຫຼງການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດຂອງ USDA

ອົງການນີ້ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກທຸກໆການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ເພດ, ແລະໃນບາງກໍລະນີ ສາດສະຫນາ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ

ແລະກະຊວງກະສິກຳສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture ຫຼື USDA)

ກໍ່ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກທຸກໆການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ສາດສະຫນາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸສູງສຸດ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ, ຫຼືຖືກແກ້ແຊ້ນຫຼືການໄຕ້ຕອບກ່ຽວກັບ ກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໃນໂຄງການ ຫຼືກິດຈະກຳດຳເນີນການ ຫຼືທີ່ໄດ້ຮັບການສະຫນັບສະຫນູນໂດຍ USDA.

ຜູ້ຄົນພິການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີວິທີການທາງເລືອກຂອງການສື່ສານເພື່ອຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ພາສາ Braille, ຕົວພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ເທັບສຽງ, ພາສາມືອາເມຣິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງການ (ພາກລັດຫຼືຂອງທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຳນຳໃຊ້ຮຽກຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເປັນຄົນຫຼຸຫຼວກ, ມີການໄດ້ຍິນລຳບາກ ຫຼືປາກກົກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານບໍລິການຖ່າຍທອດລັດຖະບານກາງ (Federal Relay Service) ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານໂຄງການອາດມີຢູ່ໃຫ້ໃນພາສາອື່ນໆ

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທີ່ກ່ຽວກັບການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດ, ສຳລັດແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) ພົບອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ເວັບ [How to File a Complaint](#), ແລະມີໃຫ້ຢູ່ໃນທຸກທີ່ທຳການ USDA, ຫຼືຂຽນຈົດຫມາຍໄປເຖິງ USDA ແລະຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງໃສ່ໃນແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນຮວມຢູ່ໃນຈົດຫມາຍດ້ວຍ. ເພື່ອຂໍເອົາສຳນຳແບບຟອມ, ໃຫ້ໂທຫາ (866) 632-9992. ຍື່ນສ່ຽງແບບຟອມທີ່ສຳລັດແລ້ວຂອງທ່ານຫຼືສ່ຽງຈົດຫມາຍໄປທີ່ USDA ໂດຍ:

- (1) ສ່ຽງທາງໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) ທາງແຈ້ງ: (202) 690-7442; ຫຼື
- (3) ທາງອີເມວ: program.intake@usda.gov

ສຳຫລັບຂໍ້ມູນອື່ນ ໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບັນຫາໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ ການເສີມໂພຊະນາການ (Supplemental Nutrition Assistance Program ຫຼື SNAP), ບຸກຄົນນັ້ນຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA SNAP Hotline ທີ່ໂທລະສັບ (800) 221-5689 ຊຶ່ງມີໃຫ້ເປັນພາສາສະເປນດ້ວຍ ຫຼືໂທຫາ [ຂໍ້ມູນ State / ຕີໂທລະສັບ](#) (ຄລິກລິງຄ໌ສຳລັບລັກສາຍດ່ວນຂອງແຕ່ລະລັດ); ເບື້ອງອອນໄລນ໌: [SNAP Hotline](#).

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວກັບການໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນລັດ ຖະບານກາງໂດຍຜ່ານພະແນກສຸຂະພາບແລະບໍລິການມະນຸດ ສະຫະລັດ (U.S. Department of Health and Human Services ຫຼື HHS), ໃຫ້ຂຽນຫາ: ຜູ້ອຳນວຍການ HHS, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ, ທີ່ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ຫຼືໂທຫາ (202) 619-0403 (ສຽງ) ຫຼື (800) 537-7697 (TTY)

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນເປັນທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.