**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-02483L (02/2024)

ການລົງທະບຽນໂປຣແກຣມ **PACE**

ຄຳແນະນຳ ແລະ ຂໍ້ມູນສຳຄັນ

**(PACE PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

ການຕື່ມແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ; ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ, ຖ້າທ່ານສົນ ໃຈໃນການລົງທະບຽນໂປຣແກຣມ PACE. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກໂປຣແກຣມ PACE, ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ Aging and Disability Resource Center (ສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄວາມພິການທ້ອງຖິ່ນ, ADRC) ຫຼື ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກຊົນເຜົ່າ, ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ aging and disability resource specialist (ຊ່ຽວຊານດ້ານຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄົນພິການ, ADRS). ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ADRC ຢູ່ທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ສາມາດຊອກໄດ້ທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

ວິທີໃຊ້ແບບຟອມນີ້

1. ອ່ານພາກຂໍ້ມູນສຳຄັນ ແລະ ຄຳແນະນຳທັງໝົດກ່ອນລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເປັນພາສາອື່ນ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
2. ສະເພາະບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ ທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ຮັບມອບສິດເທົ່ານັ້ນ  
   ທີ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໃສ່ໃນແບບຟອມນີ້ໄດ້.

ຂໍ້ມູນສຳຄັນ

* ການລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບສິດໄດ້ຮັບໂປຣແກຣມ PACE.
* ຫຼັງຈາກທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້, ທ່ານສາມາດເລືອກບໍ່ລົງທະບຽນກໍ່ໄດ້. ການລົງທະບຽນໃນ PACE ແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ທ່ານສາມາດ ຍົກເລີກການລົງທະບຽນໄດ້ທຸກເວລາ, ເຖີງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ ຜົນປະໂຫຍດ ຂອງ Medicare ຂອງທ່ານຈະຍັງຄົງຢູ່ກັບ  
  ໂປຣແກຣມ PACE ຈົນຮອດ ມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ່ທ່ານສະເໜີຂໍຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ ໂປຣ ແກຣມ.
* ການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະພາບດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ການເງິນຂອງທ່ານອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສິດຂອງທ່ານ  
  ໃນການໄດ້ຮັບຈາກໂປຣແກຣມ PACE. ຖ້າມີການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວເກີດຂຶ້ນ, ໃຫ້ປືກສາກັບຜູ້ຈັດການດູແລການດູ ແລຂອງ PACE ຫຼື ຜູ້ຈັດການຂອງຊົນເຜົ່າ, ຖ້າເປັນໄປໄດ້.
* ທ່ານອາດຈະລົງທະບຽນໃນ PACE, ແຕ່ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີ (1) ສິດທີ່ມີ ໃນ Medicare ພາກ A; (2) ລົງທະບຽນພາຍໃຕ້ Medicare ພາກ B; ຫຼື (3) ມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid.

ການເຊັນແບບຟອມນີ້

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງແບບຟອມນີ້, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວັນທີຂອງການລົງທະບຽນ ແລະ ການຮັບປະກັນທາງເລືອກຢູ່ລຸ່ມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຄຳຕອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງໝົດຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າປິດບັງຂໍ້ມູນ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນເປັນເທັດຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໂດຍເຈດຕະນາ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຖອດຖອນອອກຈາກໂປຣແກຣມ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້:

* ອົງການ PACE
* ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ອື່ນ
* ອົງການຮັກສາລາຍໄດ້
* ຊົນເຜົ່າສຳພັນ, ຖ້າໄດ້ຈັດໃຫ້,
* Medicaid
* Medicare
* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບສິດຂອງພວກເຂົາເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ວັນທີລົງທະບຽນທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍ

ທ່ານອາດຈະເລືອກວັນທີທີ່ທ່ານຢາກຈະລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂປຣແກຣມ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການລົງທະບຽນບໍ່ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້  
ກ່ອນວັນທີ:

* ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ໄດ້ຮັບແບບຟອມທີ່ໄດ້ເຊັນນີ້.
* ທ່ານມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຕາມທຸກເງື່ອນໄຂກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບທາງດ້ານໜ້າທີ່ການ ແລະ ການເງິນ.

ການຮັບປະກັນຕົວເລືອກ

ຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍຂອງໂປຣແກຣມ PACE ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເວລາທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ຊຸມຊົນຂອງທ່ານຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ພາຍໃຕ້ Wis. Stat. § 49.45(4), ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນແມ່ນຖືກຮັກສາເປັນຄວາມລັບ ແລະ ໃຊ້ສໍາລັບການບໍລິຫານຂອງໂປຣແກຣມ PACE ເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ **PACE**

PACE ແມ່ນໂປຣແກຣມການດູແລ Medicaid ແລະ Medicare ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍລັດ Wisconsin ແລະ ນໍາໃຊ້ຂໍ້ກໍາໜົດສະເພາະໃດໜຶ່ງໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ. ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າ Medicare ແລະ ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າໃນ PACE, ທ່ານຕ້ອງລົງທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນຂອງ PACE Medicare. ຜົນປະໂຫຍດຂອງໂປຣແກຣມ PACE Medicare ຂອງທ່ານ ຈະເລີ່ມຕົ້ນມື້ທໍາອິດຂອງເດືອນທີ່ທ່ານຖືກເລືອກເປັນຜູ້ໜຶ່ງທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຈາກ PACE.

ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare, ແຜນປະຈຸບັນຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ສະໜອງຜົນປະໂຫຍດ Medicare ໃຫ້ທ່ານຈົນກວ່າທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງ PACE.

ເພື່ອລົງທະບຽນໃນ PACE, ທ່ານຕ້ອງເປັນຜູ້ໜຶ່ງທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດບໍລິການຂອງອົງການ PACE, ມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 55 ປີ, ຕ້ອງການພະຍາບານດູແລຢູ່ບ້ານ ແລະ ສາມາດດໍາລົງຊີວິດທີ່ປອດໄພຢູ່ໃນຊຸມຊົນໃນເວລາລົງທະບຽນ.

ຄຳແນະນຳເພີ່ມເຕີມ

ໝວດທີ **I**

* “ປະເທດຢູ່ອາໄສ” ໝາຍເຖິງປະເທດທີ່ທ່ານດຳລົງຊີວິດຢູ່.
* “ປະເທດຮັບຜິດຊອບ” ໝາຍເຖິງປະເທດທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃຫ້ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ອື່ນໆ.
* “ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຖາວອນ” ໝາຍເຖິງທີ່ຢູ່ຂອງບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ທ່ານດຳລົງຊີວິດຢູ່.

ໝວດທີ **II**

ໝວດນີ້ຈະປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ຖ້າທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ, ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ Medicaid.

ໝວດທີ **III**

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຸກເສີນຂອງໝູ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ທີ່ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ.

ໝວດທີ **IV**

ຈະໄດ້ປະກອບໃສ່ຂໍ້ນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ, ຖ້າວ່າມີ.

ໝວດທີ **V**

ຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານເຊັນດ້ວຍເຄື່ອງໝາຍ, ຈຳເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນພະຍານສອງຄົນ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍທີ່ບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໄດ້, ທ່ານອາດຈະ ໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມໃຫ້ ໂດຍຊ່ອງໜ້າພະຍານ ສອງຄົນ. ຜູ້ທີ່ລົງລາຍເຊັນໃນນາມຂອງທ່ານ  
ຄວນລະບຸວ່າລາວ ຫຼື ນາງກຳລັງເຊັນຕາມຄຳແນະນຳຂອງຜູ້ສະໝັກ.

ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ຕ້ອງຮັກສາໃບລົງທະບຽນສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກ  
ທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ເປັນເວລາສິບປີ ໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ.

**ໂປຣແກຣມ PACE - ການລົງທະບຽນ**

**CIP**

ຄຳແນະນຳ: ກ່ອນລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ, ໃຫ້ອ່ານຄຳແນະນຳທັງໝົດ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ໝວດທີ **I** –ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ສະມາຊິກ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | | | | | ວັນເດືອນປີເກີດ |
| ສະຖານະພາບປັດຈຸບັນ (ໝາຍໃສ່ຫ້ອງດຽວເທົ່ານັ້ນ)  ໂສດ ແຕ່ງງານ ເປັນໝ້າຍ | | | | | | | ຖ້າປັດຈຸບັນແຕ່ງງານແລ້ວ, ຊື່ຂອງຜົວ/ເມຍ  (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ | | | ເມືອງ | | | | | | | ລັດ | | ລະຫັດ Zip |
| ເບີໂທລະສັບ | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | | | | | | | | | ປະເທດທີ່ຮັບຜິດຊອບ | | |
| ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ ຫຼື ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ  ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ | | | | | | ສະມາຊິກຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ | | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ | | | | | | | | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຖາວອນ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ) | | | | ເມືອງ | | | | | | ລັດ | | ລະຫັດ Zip |
| ຊື່ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການ—ປະເພດກວດ:  NH   ICF-IID  CBRF   AFH   RCAC | | | | | | | | | | ວັນທີຂອງການຮັບເຂົ້າ NH ຫຼື ICF-IID | | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ) | | | | | ເມືອງ | | | | | ລັດ | | ລະຫັດ Zip |
| ໝວດທີ **II** – ສິດອຳນາດການລົງທະບຽນທາງເລືອກ | | | | | | | | | | | | |
| ທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງທາງກົດໝາຍບໍ? ມີ ບໍ່ມີ  ປະເພດ: ຜູ້ປົກຄອງບຸກຄົນ ຜູ້ປົກຄອງຊັບສິນ ຜູ້ປົກຄອງບຸກຄົນ ແລະ ຊັບສິນ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຂອງຜູ້ປົກຄອງ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ) | | | | | | | | | | | | |
| ທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍບໍ? ມີ ບໍ່ມີ  ປະເພດ: ຜູ້ປົກຄອງບຸກຄົນ ຜູ້ປົກຄອງຊັບສິນ ຜູ້ປົກຄອງບຸກຄົນ ແລະ ຊັບສິນ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຂອງຜູ້ປົກຄອງ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ) | | | | | | | | | | | | |
| ທ່ານມີ Power of Attorney for Finance and Property (ທະນາຍຄວາມດ້ານການເງິນ ແລະ ຊັບສິນ, POAF) ທີ່ໄດ້ເປິດນໍາໃຊ້ແລ້ວບໍ? ມີ ບໍ່ມີ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຂອງ POAF (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ) | | | | | | | | | | | | |
| ທ່ານມີ Activated Power of Attorney for Health Care (ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດສຳລັບການເງິນ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, POAHC) ບໍ? ມີ—ວັນທີ່ເປິດນໍາໃຊ້:         ບໍ່ມີ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຂອງ POAHC (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ) | | | | | | | | | | | | |
| ທ່ານມີຜູ້ຄຸ້ມຄອງບໍ?  ມີ—ວັນທີທີ່ໄດ້ເລີ່ມຄຸ້ມຄອງ         ບໍ່ມີ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ) | | | | | | | | | | | | |
| ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າ Medicaid ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດດັ່ງທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນ DHS ບໍ  [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) ຫຼື [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf) ບໍ? ມີ—ວັນທີ:         ບໍ່ມີ | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບສິດຂອງ Medicaid (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | ປະເທດຢູ່ອາໄສ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ) | | | | | | | | | | | | |
| ພາກທີ **III** – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ເພີ່ມເຕີມ | | | | | | | | | | | | |
| ເຮັດບັນຊີລາຍຊື່ຂອງໝູ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງ ຜູ້ທີ່ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ. | | | | | | | | | | | | |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕິດຕໍ່ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | | ເບີໂທລະສັບຕອນກາງເວັນ | | | | | | | ເບີໂທລະສັບຕອນກາງຄືນ | | | ຄວາມສຳພັນກັບທ່ານ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ຂໍ້ທີ **IV** – ຂໍ້ມູນປະກັນໄພ | | | | |
| ປັດຈຸບັນນີ້ທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພທາງການແພດ/ສຸຂະພາບບໍເຊັ່ນ: ປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ນາຍຈ້າງເຮັດໃຫ້, ປະກັນໄພເອກະຊົນ, ຜົນປະໂຫຍດ VA, TRICARE ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບພະນັກງານຂອງລັດຖະບານກາງ?  ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ | | | | |
| ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ | | | ນະໂຍບາຍ ຫຼື ເລກປະຈຳຕົວ | |
| ເລກກຸ່ມ | |
| ປະຈຸບັນທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງບໍ? ມີ ບໍ່ມີ | | | | |
| ຊື່ຂອງການຄຸ້ມຄອງ | ນະໂຍບາຍ ຫຼື ເລກປະຈຳຕົວ | | | ເລກກຸ່ມ |
| ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມບໍ? ມີ ບໍ່ມີ | | | | |
| ທ່ານໄດ້ຮັບ Railroad Retirement Board (ຄະນະກໍາມະການບໍານານທາງລົດໄຟ, RRB) ບໍ? ໄດ້ຮັບ ບໍ່ໄດ້ຮັບ | | | | |
| ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ **Medicare:** | | ໄດ້ມີສິດຕໍ່: | | |
| ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ): | | ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້:      (ດດ/ວວ/ປປປປ) | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (ຕົວລະບຸຜົນປະໂຫຍດເມດິແຄ, MBI): | | ໂຮງໝໍ **(PART A)** | | |
|  | | ທາງການແພດ **(PART B)** | | |

|  |
| --- |
| **ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ມູນສຳຄັນນີ້** |
| ຖ້າປັດຈຸບັນທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພາບ, ການເຂົ້າຮ່ວມ **PACE** ສາມາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫຼື ສະຫະພາບໄດ້. ທ່ານສາມາດເສຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫຼື ຂອງສະຫະພາບໄດ້ ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ **PACE.** ອ່ານເບິ່ງການສື່ສານທີ່ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫຼື ສະຫະພາບສົ່ງໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນການສື່ສານຂອງພວກເຂົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈະຕິດຕໍ່ໃຜ, ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ຫຼື ຫ້ອງການທີ່ຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍໄດ້. |

ໝວດທີ **V –** ຕົວເລືອກການລົງທະບຽນ ແລະ ລາຍເຊັນ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີລົງທະບຽນທີ່ໄດ້ຂໍຮ້ອງ: | | | | | | | | | | | | |
| ແຜນປະກັນ PACE ທີ່ໄດ້ເລືອກ:  PACE - Community Care Health Plan (ແຜນປະກັນສຸຂະພາບເບິ່ງແຍງດູແລຊຸມຊົນ), Inc. | | | | | | | | | | | | |
| ໂດຍການປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍການລົງທະບຽນນີ້ຄົບຖ້ວນ, ຂ້ອຍເຫັນດີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້**:**  PACE Plan ແມ່ນແຜນປະກັນ Medicare ແລະ ມີສັນຍາກັບລັດຖະບານກາງ.  ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຢູ່ໃນແຜນ Medicare Advantage ຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃສ່ແຜນນີ້ຈະສິ້ນສຸດການລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບອື່ນຂອງ Medicare ຫຼື ແຜນການຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງແພດ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ Medicare ຈາກແຜນ Medicare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າປັດຈຸບັນຈົນຮອດມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສົ່ງແບບຟອມນີ້. ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລາລົງທະບຽນ ແລະ ແຈ້ງໃຫ້ອົງການ PACE ໃນຕໍ່ໜ້າຕໍ່ກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງແພດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີ ຫຼື ອາດຈະໄດ້ຮັບໃນອະນາຄົດ. ແຜນປະກັນເລືອກໄວ້ຮັບໃຊ້ຂົງເຂດການບໍລິການສະເພາະ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ໃນແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກໃນການໃຊ້ບໍລິການ, ຂ້າພະເຈົ້າຈໍາເປັນຕ້ອງແຈ້ງແຜນດັ່ງກ່າວ ເພື່ອໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍົກເລີກການລົງທະບຽນ ແລະ ຊອກຫາແຜນໃໝ່ໃນພື້ນທີ່ໃໝ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນທີ່ຖືກເລືອກ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີ, ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະອຸທອນໃນການຕັດສິນແຜນການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ການບໍລິການ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະອ່ານປື້ມຄູ່ມື ແລະ ຂໍ້ຕົກລົງໃນການລົງທະບຽນສະມາຊິກ PACE ຈາກແຜນທີ່ເລືອກ ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າກົດລະບຽບອັນໃດ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດຕາມເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare Advantage ຫຼື ແຜນ Medicare ນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄົນທີ່ໄດ້ຮັບ Medicare ຈະບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງຈາກ Medicare ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ນອກປະເທດຍົກເວັ້ນການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈໍາກັດຢູ່ບໍລິເວນໃກ້ກັບເຂດຊາຍແດນຂອງສະຫະລັດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່ານັບແຕ່ວັນທີແຜນຄຸ້ມຄອງທີ່ໄດ້ເລືອກເລີ່ມຕົ້ນ; ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າ ທັງໝົດຈາກແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກ ຍົກເວັ້ນການບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ຄວາມ ຕ້ອງການດ່ວນ ຫຼື ການບໍລິການອອກນອກພື້ນທີ່ລະບຸໄວ້. ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆທີ່ມີຢູ່ໃນປຶ້ມຄູ່ມືສະມາຊິກ PACE ແລະ ຂໍ້ຕົກລົງການລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກລວມຢູ່ໃນ.  ໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດ**, MEDICARE** ຫຼື ແຜນປະກັນທີ່ເລືອກໄວ້ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍລິການໃຫ້.  ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ**:** ໂດຍການເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າແຜນທີ່ເລືອກຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັບ Medicare ແລະ ແຜນການອັນອື່ນໆ ຕາມຄວາມຈໍາເປັນເພື່ອການປິ່ນປົວ, ການເບິກຈ່າຍ ແລະ ການດູແລສຸຂະພາບ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ວ່າແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມທັງຂໍ້ມູນທາງການຢາຕາມໃບສັ່ງຂອ ງແພດໃຫ້ກັບ Medicare, ຈະເປິດເຜີຍໃຫ້ແກ່ການຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ຈຸດປະສົງອື່ນໆໂດຍປະຕິບັດຕາມ ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ  ແລະ ກົດລະບຽບທັງໝົດ. ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນແບບຟອມການລົງທະບຽນນີ້ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້ອຍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ  ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກ ຕ້ອງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ ຈາກແຜນການ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນໃນນາມຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່) ໃນເອກະສານສະໝັກສະບັບນີ້ໝາຍຄວາມວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງເອກະສານສະໝັກສະບັບນີ້. ຖ້າ ເຊັນໂດຍບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງ ເທິງ), ລາຍເຊັນນີ້ຢັ້ງຢືນວ່າ (1) ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດ ໝາຍຂອງລັດເພື່ອລົງທະບຽນນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ແລະ (2) ສິດອຳນາດຂອງ ເອກະສານນີ້ສາມາດໃຊ້ໄດ້ຕາມການຮ້ອງຂໍຈາກແຜນທີ່ໄດ້ເລືອກ ຫຼື ໂດຍ Medicare.  ໃນທີ່ນີ້, ຂ້ອຍຜູ້ລົງລາຍເຊັນຢູ່ທີ່ນີ້ກ່າວເຈດຈຳນົງຂອງຂ້ອຍ ແລະ ໃນທີ່ນີ້ເຫັນດີທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນໂຄງການ.  ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່າວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການລົງທະບຽນ Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະເປັນ       ແລະການລົງທະບຽນ Medicare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະເລີ່ມໃນຕົ້ນເດືອນທຳ ອິດຫຼັງຈາກ ການສົ່ງແບບຟອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Medicare ຈາກແຜນປະຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີ ສິດລົງທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນ PACE ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເລືອກໄວ້ຂ້າງ ເທິງ. | | | | | | | | | | | | |
| ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜູ້ທີ່ໄດ້ລົງນາມ, ຂໍສະແດງເຈດຈໍານົງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ແລະ ຕົກລົງເຫັນດີໃນການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ **PACE.** | | | | | | | | | | | | |
| ລາຍເຊັນ **–** ບຸກຄົນ | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
| ລາຍເຊັນ – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
| ລາຍເຊັນ – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
| ສຳລັບຫ້ອງການ **ADRC** ຫຼຶ ຊົນເຜົ່າ **ADRS** ໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ | | | | | | | | | | | | |
| ADRC ຫຼື Tribe: | | | | | ເຂດ: | | | | | | | |
| ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS: | | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ: | | | |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ: | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີລົງທະບຽນ Medicaid ຕົວຈິງ: | | | | | | ວັນທີລົງທະບຽນ Medicare: | | | | | | |
| ຂໍ້ມູນວັນທີລົງທະບຽນ:  ວັນທີລົງທະບຽນຕົວຈິງ:  ວັນທີລົງທະບຽນຍັງຄ້າງຢູ່: ບໍລິການດ່ວນ  ວັນທີລົງທະບຽນຍັງຄ້າງຢູ່: ຂໍ້ຕົກລົງກ່ອນເປີດເຜີຍ  ວັນທີລົງທະບຽນຍັງຄ້າງຢູ່: ໂອນຍ້າຍໄປຫາອົງການໃໝ່ດ້ວຍການເຄື່ອນຍ້າຍ. | | | | | | | ໂປຣແກຣມ:  PACE | | | ກວດສອບວັນທີສິ້ນສຸດ HMO, ຖ້າສາມາດເຮັດໄດ້: | | |
| ສະຖານະການລົງທະບຽນຢູ່ໃນ FHiC:  ວັນທີລົງທະບຽນໃນ FHiC  ວັນທີລົງທະບຽນບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນ FHiC ລໍຖ້າລາຍການ MA ຫຼື IRIS ໃນລະບົບ. MCO ບໍ່ອັບເດດ LTCFS ຈົນກວ່າການລົງທະບຽນໄດ້ຮັບການກວດສອບຢູ່ໃນ FHiC. | | | | | | | | | | | | |
| ຜູ້ຮັບ Medicaid ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ  ເລກລະຫັດ Medicaid (ເມດິກເອດ):  ພາສາສຳລັບແຈ້ງການ CARES:  ພາສາອັງກິດ ພາສາສະເປນ | ລະດັບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລ  ກວດ NH LOC ທີ່ກໍານົດໃນຄໍລໍ້າເບື້ອງຊ້າຍ ແລະ ຈາກນັ້ນກວດເບີ່ງ DD LOC ທີ່ເໝາະສົມໃນຄໍລໍ້າເບື້ອງຂວາ. ຄວນໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງບໍ່ເກີນສອງຊ່ອງ.   |  |  | | --- | --- | | ເລືອກ 1 | ເລືອກ 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | ກຸ່ມເປົ້າໝາຍ:  FE  ID/DD  PD |
| ສຳລັບຫ້ອງການ **PACE** ນຳໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ  ລະຫັດ ID ແຜນງານ: | | | | ຊື່ຂອງສະມາຊິກພະນັກງານ (ຖ້າໄດ້ຊ່ວຍໃນການລົງທະບຽນ) | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຄຸ້ມຄອງ Medicare | | ໝາຍເລກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medicaid | | | | | | ວັນທີລົງທະບຽນ Medicaid ຕົວຈິງ | | | | |
| ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວ: | | | ຕົວບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້  MCO ທີ່ໄດ້ເລືອກ  ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບ, ຖ້າວ່າມີ  ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ | | | | | | | | | |