|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02484L (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PACE**  **ການຂໍຖອນຕົວທີ່ຮ້ອງຂໍຈາກສະມາຊິກ ຫຼື ຄຳແນະນຳການໂອນ**  **(PACE 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 ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນກວດສອບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຢູ່ໃນພາກນີ້ ແລະ ດຳເນີນການແກ້ໄຂທີ່ຈຳເປັນ. ເມື່ອ income  maintenance (ຝ່າຍບຳລຸງຮັກສາລາຍໄດ້, IM) ໄດ້ຮັບແບບຟອມສະແດງການແກ້ໄຂ, ພວກເຂົາຈະອັບເດດຂໍ້ມູນຢູ່ໃນ CARES. Supplemental Security Income (ຖ້າບຸກຄົນໄດ້ຮັບລາຍຮັບປະກັນໄພເສີມ, SSI), ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນ ແຈ້ງເຕືອນບຸກຄົນໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບອົງການປະກັນສັງຄົມ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ, SSA)  ເພື່ອອັບເດດຂໍ້ມູນ.  **ພາກ B—ການຂໍຖອນຕົວ**  ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມແມ່ນໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ. ບຸກຄົນຊີ້ບອກໂຄງການທີ່ພວກເຂົາຢາກຈະອອກ ແລະ ວັນທີຖອນຕົວທີ່ພວກເຂົາເລືອກ. ມັນມີຄວາມສຳຄັນສຳລັບ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທັງໝົດ ແກ່ບຸກຄົນໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ຄຳປຶກສາການຖອນຕົວເຊັ່ນ: ຜົນກະທົບຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ແລະ ວັນທີມີຜົນກະທົບຕໍ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແນວໃດ ເພື່ອໃຫ້ບຸກຄົນມີຂໍ້ມູນໃນການຕັດສິນໃຈ.  ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕື່ມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ການຖອນຕົວໃສ່ໃນແບບຟອມ. ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕື່ມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງ FHiC ການຖອນຕົວ. ວັນທີທີ່ບຸກຄົນຢາກຈະຖອນຕົວຈາກໂຄງການອາດຈະບໍ່ແມ່ນວັນທີການ ຖອນຕົວຕົວຈິງສະເໝີໄປ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນການຂໍຖອນຕົວທັນທີ. ຖ້າບຸກຄົນຢາກຈະຖອນຕົວອອກຈາກໂຄງການໃນເວລາໜ້ອຍກວ່າສາມວັນລັດຖະການຈາກວັນທີລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມ, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕິດຕໍ່ MCO ເພື່ອເລັ່ງຂະບວນການ.  ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ PACE ປະຈຸບັນຂອງບຸກຄົນອາດຈະສືບຕໍ່ເປັນໄລຍະເວລາເຖິງສາມເດືອນຫຼັງຈາກ ການລົງທະບຽນຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ການຂໍໂອນຍ້າຍ. ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການຄຸ້ມຄອງໃໝ່ຂອງພວກເຂົາຂຶ້ນກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ  Special Election Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ, SEP). ບຸກຄົນຖອນຕົວຈາກ PACE ອາດຈະເລືອກລົງທະບຽນຢູ່ໃນ ແຜນປະກັນ Medicare Advantage ໃໝ່ ຫຼື ແຜນປະກັນ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າບຸກຄົນບໍ່ດຳເນີນການລົງທະບຽນຢູ່ໃນ ແຜນປະກັນ Medicare ອື່ນກ່ອນການຄຸ້ມຄອງ PACE ສິ້ນສຸດ, ພວກເຂົາຈະຖືກເອົາລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ເດີມໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງໃນການສືບຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ບຸກຄົນຄວນຕິດຕໍ່ແຜນປະກັນ Medicare  ປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງພວກເຂົາເພື່ອຮັບເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ SEP. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບທາງເລືອກ  Medicare, ບຸກຄົນອາດຈະກຳນົດເວລານັດໝາຍກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ ADRC, ຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍ ເຫຼືອຊົນເຜົ່າ ຫຼື ໂທຫາສາຍດ່ວນ Wisconsin Medigap ທີ່ເບີ 1-800-242-1060.  **ພາກ C—ການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍ**  ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມແມ່ນໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ. ບຸກຄົນຊີ້ບອກໂຄງການ, MCO ຫຼື ICA ທີ່ພວກ ເຂົາຢາກຈະໃຫ້ໂອນຍ້າຍໄປຫາ. ຖ້າຄຳສະເໜີຂໍແມ່ນເນື່ອງມາຈາກການຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້, ພວກເຂົາຍັງຈະຖືກຖາມກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ໃໝ່, ເບີໂທລະສັບຂອງພວກເຂົາ ແລະ ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງການຍ້າຍ. ການລົງທະບຽນໃໝ່ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ຈາກແມ່ນຈໍາເປັນເມື່ອລູກຄ້ າເລືອກທີ່ຈະໂອນໄປຫາໂຄງການໃໝ່, MCO ຫຼື ICA ຖ້າການລົງທະບຽນໃນໂຄງການ ຫຼື ອົງການໃໝ່ເປັນຜົນມາຈາກການເຄື່ອນໄຫວ,  ວັນທີລົງທະບຽນຈະຖືກປະຫວ່າງໄວ້ເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ຈະສໍາເລັດ ເມື່ອວັນທີລົງທະບຽນແມ່ນຖືກກໍານົດໂດຍອົງການໂຄງການ  long-term care (ໂຄງການດູແລໄລຍະຍາວ).  ຖ້າບຸກຄົນນັ້ນເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນ Family Care ຫຼື Partnership, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະໃສ່ວັນທີລົງທະບຽນໃໝ່ໃນແບບຟອມ, ວັນທີລົງທະບຽນແມ່ນຈະຖືກເລືອກໂດຍຕົວບຸກຄົນ. ADRC ຂອງ ADRS ຊົນເຜົ່າ ຍັງຈະປ້ອນວັນທີລົງທ ະບຽນໃໝ່ໃນ FHiC. ຖ້າບຸກຄົນກຳລັງເລືອກ IRIS, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະປ້ອນວັນທີການສົ່ງຕໍ່ IRIS ໃນແບບຟອມ.  ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ IRIS ຖືກກຳນົດໂດຍ ICA ແລະ ຈະຖືກປ້ອນເຂົ້າໃນ WISITS. ຖ້າບຸກຄົນກຳລັງໂອນຍ້າຍຈາກ PACE ໄປຍັງ  IRIS ບໍ່ຄວນປ້ອນວັນທີການຖອນຕົວເຂົ້າໃນແບບຟອມ ຫຼື ຢູ່ໃນ FHiC ຈົນກວ່າໄດ້ຮັບວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຈາກ ICA.  ຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະກຳນົດວ່າໜ່ວຍງານໃດແດ່ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ກ່ຽວກັບການໂອນ ແລະ ຖ້າແບບຟອມລົງທະບຽນໂຄງການ Family Care, ແບບຟອມລົງທະບຽນໂຄງການ Partnership ຫຼື ແບບຟອມການອະນຸຍາດຂອງ IRIS ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການຕື່ມ ໃຫ້ສໍາເລັດ.  ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ PACE ຂອງບຸກຄົນຈະສືບຕໍ່ຈົນຮອດມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນ ເຊິ່ງສະມາຊິກໄດ້ຂໍ ຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍຂອງພວກເຂົາ. ບຸກຄົນຖອນຕົວຈາກ PACE ອາດຈະເລືອກລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare  Advantage ໃໝ່ ຫຼື ແຜນປະກັນ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າບຸກຄົນບໍ່ດຳເນີນການລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ  Medicare ອື່ນກ່ອນການຄຸ້ມຄອງ PACE ສິ້ນສຸດ, ພວກເຂົາຈະຖືກເອົາລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ເດີມໂດຍອັດຕະໂນມັດ  ແລະ ອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງໃນການສືບຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບທາງເລືອກ Medicare, ບຸກຄົນອາດຈະກຳນົດເວລານັດໝາຍກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ ADRC, ຜູ້ຊ່ຽວຊານຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊົນເຜົ່າ ຫຼື  ໂທຫາສາຍດ່ວນ Wisconsin Medigap ທີ່ເບີ 1-800-242-1060.  **ພາກ D—ເຫດຜົນສຳລັບການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ**  ຢູ່ໃນພາກນີ້, ບຸກຄົນອາດຈະຊີ້ບອກເຫດຜົນຕົ້ນຕໍດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈໃຫ້ກັບ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທີ່ຢາກຈະອອກຈາກໂຄງການປະຈຸບັນຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງ.  **ພາກ E—ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ**  ສ່ວນສຳຄັນຂອງການປຶກສາການຖອນຕົວແມ່ນກຳລັງຊ່ວຍໃຫ້ບຸກຄົນເຂົ້າໃຈ ແລະ ນຳໃຊ້ສິດຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງທັງໝົດໃນຖານະ ທີ່ເປັນສະມາຊິກ ແລະ ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ. ຂຶ້ນຢູ່ກັບເຫດຜົນຂອງບຸກຄົນສຳລັບຄວາມຕ້ອງການຢາກຈະອອກຈາກໂຄງການ, ລາວ ຫຼື  ນາງອາດຈະມີສິດຍື່ນອຸທອນ. ບຸກຄົນທຸກຄົນມີສິດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ. ບັນດາ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ສາມາດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຄົນໃດໜຶ່ງຜູ້ທີ່ຢາກຍື່ນອຸທອນ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້. ບັນດາ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຄວນຈະອະທິບາຍໃຫ້ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ອາດຈະຢູ່ໃນຂະບວນການອຸທອນຮູ້ເຖິງຜົນຕາມມາຂອງການຖອນຕົວກ່ອນທີ່ຈະດຳເນີນການອຸທອນໃຫ້ສຳເລັດ. ທຸກ MCO ມີ Member  Rights Specialists (ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ) ຜູ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກໃນການຍື່ນຄຳອຸທອນ ແລະ ຄຳຮ້ອງທຸກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຍື່ນຄຳອຸທອນ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ, ບຸກຄົນອາດຈະທົບທວນເບິ່ງປຶ້ມຄູ່ມືສະມາຊິກ MCO.  **ພາກ F—ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ**  ປະກອບໃສ່ຂໍ້ນີ້ໃຫ້ສຳເລັດເມື່ອບຸກຄົນກຳລັງສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ໃໝ່. ພາກນີ້ (1) ແຈ້ງໃຫ້ຂໍ້ມູນບຸກຄົນວ່າຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ການກວດການດຳເນີນການເບິ່ງແ ຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ຂອງລາວ ຫຼື ຂອງນາງສາມາດທີ່ຈະໂອນຍ້າຍໄປຫາອົງການໃໝ່ໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີຄຳຍິນຍອມທີ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງຂອງບຸ ກຄົນພາຍໃຕ້ Wis. Stat. § 46.284(7); ແລະ (2) ບັນທຶກການໃຫ້ສິດອະນຸຍາດຂອງບຸກຄົນເປັນເອກະສານໄວ້ສຳລັບໜ່ວຍງານ ປັດຈຸບັນ ຫຼື ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ເພື່ອແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນລັບສະເພາະກັບໂຄງການ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ເລືອກໃໝ່. ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດໃຫ້ສິດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຢູ່ໃນພາກ F ຂອງແບບຟອມ.  **ພາກ G—ລາຍເຊັນ**  ສະມາຊິກ PACE ຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃສ່ພາກນີ້ຂອງແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ຖືກຖອນຕົວອອກຈາກການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ ຫຼື ເພື່ອ ໃຫ້ໂອນໄປຫາໂຄງການ 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 ຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມໄປຫາຝ່າຍຕໍ່ໄປນີ້:   * ສະມາຊິກ * ອົງການ PACE ປະຈຸບັນ ແລະ MCO ຫຼື ICA ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ * ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ * IM – ສົ່ງຫາ IM ໃນສະຖານະການຕໍ່ໄປນີ້ເມື່ອບຸກຄົນ:   + ກຳລັງໂອນຍ້າຍເນື່ອງຈາກການຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ທີ່ຢູ່ໃໝ່ຂອງພວກເຂົາບໍ່ປະກົດຂຶ້ນຢູ່ໃນ FHiC, ຖ້າສະມາຊິກ ເປີດຢູ່ໃນ CARES.   + ກຳລັງຖອນຕົວຈາກ PACE ແລະ ກຳລັງໄດ້ຮັບ MA ຜ່ານການມີສິດໄດ້ຮັບ Community Waiver MA  (ການຍົກເວັ້ນຂອງຊຸມຊົນ MA) ຫຼື MAPP   ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງຮັກສາໃບຖອນຕົວທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ເປັນເວລາສິບປີໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ**.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PACE**  **CIP**  **ການຂໍຖອນຕົວໂດຍສະມາຊິກ ສະມາຊິກໄດ້ສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ໃຫ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ aging and disability resource center (ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄົນພິການ, ADRC) ຫຼື  ADRS ຊົນເຜົ່າ ສຳລັບການນຳໃຊ້ໂດຍ income maintenance (ຝ່າຍບຳລຸງຮັກສາລາຍໄດ້, IM) ໃນທ້ອງຖິ່ນ ແລະ ອົງການ  PACE. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | |
| ຊື່ອົງການ PACE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. ການຂໍຖອນຕົວ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ບຸກຄົນຂໍຢຸດການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ PACE (ໝາຍຕິກໃສ່ໂຄງການ):  Community Care Health Plan, Inc. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ບຸກຄົນຂໍຢຸດການເຂົ້າຮ່ວມໃນວັນທີຕໍ່ໄປນີ້:  (ອາດຈະບໍ່ແມ່ນວັນທີຕົວຈິງຂອງການຖອນຕົວ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວ: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. ການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ບຸກຄົນກຳລັງເລືອກໂອນໄຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ໃໝ່, ຊີ້ບອກໂຄງການທີ່ ເລືອກໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້:  Family Care  IRIS  Partnership  MCO, PO ຫຼື ICA ທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍ: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຖອນຕົວ: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການລົງທະບຽນໃໝ່ໃນ Family Care (ການເບິ່ງແຍງດູແລຄອບຄົວ) ຫຼື Partnership  (ການເປັນຮຸ້ນສ່ວນ), ຫຼື ວັນທີການສົ່ງຕໍ່ IRIS (ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນກຳນົດໂດຍ ICA):  ແບບຟອມການລົງທະບຽນໃໝ່ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຖ້າການສະເໜີຂໍໂອນຍ້າຍນີ້ແມ່ນຜົນຂອງການຍ້າຍ, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດສຳລັບທີ່ຢູ່ໃໝ່ຄື: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ | | | | | | | | ເມືອງ | | | | | | | ລະຫັດ Zip | | |
| ເຄົາຕີ້ຢູ່ອາໄສ | | | ເບີໂທລະສັບ | | | | | | ວັນທີຍ້າຍທີ່ມີຜົນໃຊ້ໄດ້ | | | | | | | | |
| **D. ເຫດຜົນສຳລັບການສະເໜີຂໍຖອນຕົວ ຫຼື ການໂອນຍ້າຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ເລືອກເຫດຜົນຕົ້ນຕໍທີ່ສະມາຊິກກຳລັງເລືອກທີ່ຈະຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການ long-term care (ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລ ໄລຍະຍາວ), MCO ຫຼື ICA ອື່ນ: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E ບໍ່ພໍໃຈກັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ຄ່າປະກັນໄພ PACE | | | | | | | 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 ບັນຫາການບໍລິການລູກຄ້າກັບ MCO | | | | | | | 72 ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້ເຫດຜົນ | | | | | | | | | | |
| ບໍ່ຕ້ອງການການບໍລິການອີກຕໍ່ໄປ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E. ການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການອຸທອນ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ສະມາຊິກໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳອຸທອນກັບຄະນະກຳມະການທົບທວນອົງການ PACE ຫຼື ຝ່າຍອື່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານທີ່ຈະຖອນຕົວແລ້ວບໍ?  ແມ່ນ  ບໍ່ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ**  **ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Wis. Stat. §46.284(7) ອະນຸຍາດໃຫ້ອົງການທີ່ເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງໄດ້ຮັບການສະໜອງຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ການກວດການດຳເນີນການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, LTCFS) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍ ບໍ່ຕ້ອງມີຄຳຍິນຍອມໄດ້ຮັບແຈ້ງຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.**  ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໜ່ວຍງານເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ ຫຼື ໜ່ວຍງານໃໝ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄື:   * Individual Support and Service Plan (ແຜນການສະໜັບສະໜູນບຸກຄົນ ແລະ ການບໍລິການ, ISSP) ປະຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື Member Centered Plan (ແຜນເອົາສະມາຊິກເປັນໃຈກາງ, MCP) * Behavior Support Plan (ແຜນສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳ) ຂອງຂ້ອຍ/Restrictive Measure (ມາດຕະການຈຳກັດ)  ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, 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** | | | | | | | | | | | | | | |
| ຂ້າພະເຈົ້າທີ່ເປັນຜູ້ລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໄດ້ສະເໜີຂໍບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນ long-term care (ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ) ອີກ ແລະ ຂໍຖອນຕົວອອກ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຂໍໂອນຍ້າຍໄປຫາໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍລົງທະບຽນຢູ່ໃນ IRIS ທີ່ການຖອນຕົວຈາກໂຄງການປັດຈຸບັນປະຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນຈົນກວ່າແຜນບໍລິການ IRIS ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ.  ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ PACE ຂອງບຸກຄົນຈະສືບຕໍ່ຈົນຮອດມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນ ເຊິ່ງສະມາຊິກໄດ້ຂໍ ຖອນຕົວ ຫຼື ໂອນຍ້າຍຂອງພວກເຂົາ. ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການຄຸ້ມຄອງໃໝ່ຂອງທ່ານຂຶ້ນກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ Special Election  Period (ໄລຍະການເລືອກພິເສດ, SEP). ເມື່ອທ່ານຖອນຕົວຈາກ PACE, ທ່ານອາດຈະເລືອກລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ  Medicare Advantage ໃໝ່ ຫຼື ແຜນປະກັນ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ດຳເນີນການລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນ Medicare ອື່ນກ່ອນການຄຸ້ມຄອງ Partnership ສິ້ນສຸດ, ທ່ານຈະຖືກເອົາລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ເດີມໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ອາດຈະມີຄວາມສ່ຽງໃນການສືບຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ຕິດຕໍ່ແຜນ Medicare ປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ SEP. ສຳລັບຕົວເລືອກຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ Medicare, ບຸກຄົນນັ້ນອາດຈະນັດໝາຍກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຜົນປະໂຫຍດຢູ່ ADRC, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຜົນປະໂຫຍດຂອງຊົນເຜົ່າ ຫຼື ໂທຫາສາຍດ່ວນ Wisconsin Medigap ທີ່ເບີ 1-800-242-1060.  **ບັນທຶກສຳຄັນ:** ຖ້າທ່ານຂໍຖອນຕົວ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດທັງໝົດຈາກແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈົນ ກວ່າວັນທີການຖອນຕົວມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈາກແຜນປະກັນ Medicare. ຕິດຕໍ່ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ເພື່ອຢັ້ງຢືນການຍົກເລີກການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄປຊອກຫາການບໍລິການທາງການແພດ ນອກເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງທ່ານ. ແຜນ Medicare ຂອງທ່ານຈະແຈ້ງວັນທີຖອນລົງທະບຽນມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງທ່ານຫຼັງຈາກພວກເຂົາໄດ້ຮັບສຳເນົາຂອງແບບຟອມນີ້. | | | | | | | | | | | | | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້ານຳໃຊ້ໄດ້) | | | | | | | | | | | | ວັນທີເຊັນ | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **H. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປະກອບໃຫ້ສຳເລັດໂດຍ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ | | | | | | | | | | | ເຂດ | | | | | | |
| ADRC/ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຊົນເຜົ່າ | | | | | ເມືອງ | | | | | | ລະຫັດ Zip | | | | | | |
| ຊື່ – ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ | | | | | | | | | | | ເບີໂທລະສັບ | | | | | | |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຕ້ອງໄດ້ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບແລ້ວທຸກໜ້າ, ເຖິງແມ່ນວ່າບໍ່ໄດ້ມີການຈັດການປຶກສາການລົງທະບຽນໃຫ້ກໍ່ຕາມ.**  ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງຮັກສາໃບການຂໍຖອນຕົວໂດຍສະມາຊິກ ຖອນຕົວທີ່ໄດ້ສະເໜີຂໍສະບັບຕົ້ນທີ່ມີລາຍເຊັນສະມ າຊິກ ຫຼື ສະບັບສຳເນົາສະແກນທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ມີລາຍເຊັນໄວ້ໃນແຟ້ມເປັນເວລາສິບປີໃນກໍລະນີທີ່ມີການຂໍເອົາບັນທຶກ.  ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວ:  ຕົວບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້  MCO, PO ຫຼື ICA ປະຈຸບັນ ແລະ ທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍ  IM (ກະລຸນາເບິ່ງຄຳແນະນຳ)  ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ | | | | | | | | | | | | | | | | | |