

ແຈ້ງການປະຕິເສດ ຫຼື ສະຖານະພາບກຳລັງພິຈາລະນາ

ເທດສະບານ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

ວັນທີແຈ້ງການ : _____
ຊື່ກໍລະນີ : _____
ເລກທີ : _____
ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່ : _____
ເລກທີ : _____
ໂທລະສັບ : _____
ທີ່ຢູ່ : _____

ຖ້າທ່ານມີຂໍ້ສົງໄສ, ກະລຸນາສອບຖາມເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ.

ການຮ້ອງຮຽນຕໍ່ລັດ: ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ ມີການດຳເນີນການຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງຮຽນໄດ້. ດ່ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້ ລະບຸຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຮ້ອງຮຽນ. ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ອາດບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ ກ່ອນມີການດຳເນີນການນີ້.

ການປະຕິເສດ:

- ☐ ໃບສະໝັກຂໍຄ່າອາຫານຂອງຄອບຄົວທ່ານ **ຖືກປະຕິເສດ** ເນື່ອງຈາກ:
- ☐ ຖ້າທ່ານດຳເນີນການຕໍ່ໄປນີ້ ກ່ອນ _____, ໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ຈະຖືກພິຈາລະນາຄືນໃໝ່.

ຖ້າທ່ານບໍ່ດຳເນີນການນີ້ ກ່ອນວັນທີດັ່ງກ່າວ ທ່ານຈະຕ້ອງສະໝັກຄືນໃໝ່ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັບຄ່າອາຫານ.

- ☐ ພວກເຮົາໄດ້ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງ ໃນເວລາທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍຄ່າອາຫານ. ທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ ພາຍໃນສິບ (10) ວັນ ພາຍຫຼັງທີ່ມີຂໍ້ມູນ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນພວກເຮົາກ່ອນ _____ (30 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານສະໝັກ) ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ການສະໝັກຂອງທ່ານ ຈະຖືກປະຕິເສດ ແລະ ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງເຕືອນຕື່ມອີກ.
- ☐ ຄອບຄົວຂອງທ່ານ ບໍ່ສາມາດຮັບຄ່າອາຫານຈົນເຖິງ _____ ເນື່ອງຈາກ ເຫດຜົນທີ່ໃບສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ. ດັ່ງນັ້ນ, ທ່ານອາດຕ້ອງສະໝັກຄືນໃໝ່.
- ☐ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ, ທ່ານອາດສາມາດຮັບຄ່າອາຫານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການຄ່າອາຫານພາຍໃນ 15 ວັນພາຍຫຼັງທີ່ເງິນສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຖືກອະນຸມັດ, ໂປດຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ເງິນສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ກ່ຽວກັບ ຄ່າອາຫານ.

ສະຫວັດດີການຍ້ອນຫຼັງ:

- ☐ ໃບສະໝັກ/ໃບຄຳຮ້ອງຂໍຄ່າອາຫານຍ້ອນຫຼັງຂອງທ່ານ ລົງວັນທີ _____ ຖືກປະຕິເສດ ເນື່ອງຈາກ:
- ☐ ໃບສະໝັກ/ໃບຄຳຮ້ອງຂໍຄ່າອາຫານຍ້ອນຫຼັງຂອງທ່ານ ລົງວັນທີ _____ ຖືກປະຕິເສດ ເນື່ອງຈາກມີການຍື່ນຕໍ່ເທດສະບານທີ່ບໍ່ຖືກ. ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຂໍສະຫວັດດີການເຫຼົ່ານັ້ນ ໃນເທດສະບານທີ່ທ່ານຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ.

ສະຖານະພາບກຳລັງພິຈາລະນາ:

- ☐ ການສະໝັກຂອງທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນໄລຍະພິຈາລະນາ.
- ☐ ທ່ານໄດ້ດຳເນີນການຕາມສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດແລ້ວ. ພວກເຮົາຍັງຄົງກຳລັງພິຈາລະນາກໍລະນີຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງ ຈາກພວກເຮົາໃນໄວໆນີ້.
- ☐ ພວກເຮົາໄດ້ຖາມຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ ໃນເວລາທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍຄ່າອາຫານ. ທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ ພາຍໃນສິບ (10) ວັນ ພາຍຫຼັງການຂໍຂໍ້ມູນ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນພວກເຮົາ ກ່ອນ _____ ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະຖືກປະຕິເສດ ແລະ ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບ ແຈ້ງເຕືອນຕື່ມອີກ. ຖ້າທ່ານຍັງຄົງຕ້ອງການຄ່າອາຫານ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກຄືນໃໝ່.

ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸນີ້ແກ່ພວກເຮົາ ກ່ອນວັນທີຂ້າງເທິງ, ໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະຖືກພິຈາລະນາໃໝ່.

ກົດລະບຽບ: ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ ມີຜົນສັກສິດ:

ທ່ານອາດທົບທວນກົດລະບຽບດັ່ງກ່າວ ທີ່ສຳນັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ.

ສິດໃນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດໃນການຂໍຮ້ອງຮຽນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງ ຂອງເທດສະບານ. ທ່ານມີເວລາພຽງແຕ່ 90 ວັນ ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ. 90 ວັນແມ່ນເລີ່ມຈາກວັນທີທີ່ເທດສະບານ ໄດ້ໃຫ້ ຫຼື ສົ່ງ ແຈງການສະບັບນີ້ ໃຫ້ທ່ານ.

ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ ກ່ອນ ມີການດຳເນີນການຕໍ່ເງິນສະຫວັດດີການ, Medi-Cal, ຄ່າອາຫານ, ຫຼື ຄ່າດູແລເດັກ:

- ເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື Medi-Cal ຂອງທ່ານ ຈະຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການຮ້ອງຮຽນ.
- ການບໍລິການດູແລເດັກຂອງທ່ານ ອາດຍັງຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການຮ້ອງຮຽນ.
- ຄ່າອາຫານຂອງທ່ານ ຈະຍັງຄືເກົ່າ ຈົນກວ່າຮອດການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ວັນສິ້ນສຸດ ໄລຍະຍັງຢືນຂອງທ່ານ, ຂຶ້ນກັບສິ່ງໃດໜຶ່ງ.

ຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ລະບຸວ່າ ພວກເຮົາເຮັດຖືກ, ທ່ານຈະຕິດພວກເຮົາຕາມຈຳນວນໃດໆ ຂອງເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ຫຼື ບໍລິການດູແລເດັກ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດ ຫຼື ຢຸດຕິ ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ, ເລືອກ ຂໍລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ, ຫຼຸດ ຫຼື ຢຸດຕິ: ☐ ເງິນສະຫວັດດີການ ☐ ຄ່າອາຫານ ☐ ຄ່າດູແລເດັກ

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ສຳຫຼັບ:

- ສະຫວັດດີການເພື່ອເຮັດວຽກ:**
- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳນີ້.
- ທ່ານອາດໄດ້ຮັບເງິນດູແລເດັກ ສຳຫຼັບການເຮັດວຽກ ຫຼື ການສຳຫຼັບກິດຈະກຳ ຕາມທີ່ອະນຸມັດໂດຍເທດສະບານ ກ່ອນແຈງການນີ້.
- ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ເງິນບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ ຈະຖືກຢຸດຕິ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນໃດໆ ຕື່ມອີກ, ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ຂອງທ່ານ.
- ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ, ຈະມີການຈ່າຍໃນຈຳນວນ ແລະ ວິທີການ ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານ ໃນແຈງການນີ້.
- ເພື່ອໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ທີ່ເທດສະບານໄດ້ບອກທ່ານໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ.
 - ຖ້າຈຳນວນຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເທດສະບານຈ່າຍ ໃນຂະນະທີ່ ທ່ານກຳລັງລໍຖ້າ ຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານສາມາດຢຸດຕິການເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ.

- Cal-Learn:**
- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ Cal-Learn ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບໂຊທານໄດ້.
 - ພວກເຮົາຈະຈ່າຍແຕ່ ຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ Cal-Learn ສຳຫຼັບ ກິດຈະກຳ ຕາມທີ່ໄດ້ອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກແຜນດູແລແບບຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal: ການດຳເນີນຕາມແຈ້ງການນີ້ ອາດຢຸດການຮັບບໍລິການຂອງທ່ານ ຈາກແຜນດູແລສຸຂະພາບແບບຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດປະສົງຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານ ມີຂໍສົງໄສ.

ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ແລະ/ຫຼື ຄຳຮັກສາ: ໜ່ວຍງານສະໜັບສະໜູນເດັກເຂດ ຈະຊ່ວຍເກັບເງິນສະໜັບສະໜູນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນສະຫວັດດີການ. ຖ້າເຂົາເຈົ້າກຳລັງເກັບເງິນສະໜັບສະໜູນໃຫ້ທ່ານ, ເຂົາເຈົ້າ ຈະຍັງສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍແຕ່ ທ່ານບອກເຂົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າ ໃຫ້ຢຸດຕິ. ເຂົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນສະໜັບສະໜູນງວດປະຈຸບັນທີ່ເກັບໄດ້ແກ່ທ່ານ ແຕ່ຈະຮັກສາ ເງິນທີ່ຕິດໃນອະດີດທີ່ຕິດເທດສະບານ.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ສຳນັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍ.

ເອກະສານຮ້ອງຮຽນ: ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ, ພະແນກຮ້ອງຮຽນລັດ ຈະສ້າງ ລະບົບເອກະສານຮ້ອງຮຽນ. ທ່ານມີສິດຂໍເບິ່ງເອກະສານນີ້ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແລະ ເອົາສຳເນົາຄຳກ່າວຫາ ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງເທດສະບານ ກ່ຽວກັບກໍລະນີຂອງທ່ານ ຢ່າງໜ້ອຍ ສອງວັນ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ. ລັດອາດໃຫ້ເອກະສານຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແກ່ກົມສະຫວັດດີການ ແລະ ກົມສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ກະສິກຳສະຫະລັດ. (W&I ກົດລະບຽບ ພາກ 10850 ແລະ 10950.)

ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ:

- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນໜ້ານີ້.
- ສຳເນົາດ້ານໜ້າ ແລະ ດ້ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້ ເພື່ອເກັບຮັກສາໄວ້ກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຂໍ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ສຳເນົາໜ້ານີ້ແກ່ທ່ານ.
- ສົ່ງ ຫຼື ນຳສົ່ງໜ້ານີ້ໃຫ້:

- ຫຼື
- ໂທຟຣີ: 1-800-952-5253 ຫຼື ສຳຫຼັບຜູ້ມີບັນຫາໃນການຟັງ ຫຼື ເວົ້າ ຜູ້ທີ່ໄຊ້ TDD, 1-800-952-8349.

ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດສອບຖາມກ່ຽວກັບສິດໃນການຮ້ອງຮຽນ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍ ຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງລັດ (ໂທຟຣີ) ຕາມທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍຟຣີ ທີ່ສຳນັກງານຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານກົດໝາຍ ຫຼື ສິດທິສະຫວັດດີການ ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໃຫ້ການຮ້ອງຮຽນຄົນດຽວ, ທ່ານສາມາດນຳໝູ່ ຫຼື ບາງຄົນ ໄປນຳທ່ານ.

ການຂໍການຮ້ອງຮຽນ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການຂໍຮ້ອງຮຽນຍ້ອນການດຳເນີນການຂອງກົມສະຫວັດດີການ

ເທດສະບານ _____ ກ່ຽວກັບ ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

☐ ເງິນສະຫວັດດີການ ☐ ຄ່າອາຫານ ☐ Medi-Cal

☐ ອື່ນໆ (ໂປດລະບຸ) _____

ຍ້ອນເຫດຜົນລຸ່ມນີ້: _____

☐ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເນື້ອທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ເລືອກຂໍ້ນີ້ ແລະ ຄັດຕິດເຈ້ຍຕື່ມ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການໃຫ້ລັດຈັດນາຍພາສາແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍບໍ່ເສຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. (ຍາດພິນ້ອງ ຫຼື ໝູ່ ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ ໃນເວລາຮ້ອງຮຽນ.)

ພາສາ ຫຼື ພາສາທ້ອງຖິ່ນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນ: _____

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ສະຫວັດດີການຂອງລາວຖືກປະຕິເສດ, ປ່ຽນແປງ ຫຼື ຢຸດຕິ

ວັນເດືອນປີເກີດ	ໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໂປສະນີ
ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	
ຊື່ຜູ້ທີ່ຕື່ມແບບຟອມນີ້	ໂທລະສັບ	

☐ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ລຸ່ມນີ້ ໃຫ້ວ່າຄວາມໃຫ້ເງິນ ໃນການຮ້ອງຮຽນນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນນີ້ ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໄປໃຫ້ ການຮ້ອງຮຽນແທນຂ້າພະເຈົ້າ. (ບຸກຄົນນີ້ ສາມາດເປັນແຕ່ ໝູ່ ຫຼື ຍາດພິນ້ອງ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້.)

ຊື່	ໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໂປສະນີ