

ແຮງການອະນຸມັດ ຄ່າອາຫານ

ເທດສະບານ

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

ວັນທີແຮງການ : _____
ຊື່ກໍລະນີ : _____
ເລກ : _____
ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່ : _____
ເລກ : _____
ໂທລະສັບ : _____
ທີ່ຢູ່ : _____

(ADDRESSEE)



ຖ້າທ່ານມີຂໍ້ສົງໄສ, ສອບຖາມເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ.

ການຮ້ອງຮຽນຕໍ່ລັດ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການດຳເນີນການນີ້ຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງຮຽນໄດ້. ດ້ານຫຼັງໜ້ານີ້ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຮ້ອງຮຽນ. ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານອາດ ບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນກ່ອນ ມີການດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ.

ໃບສະໝັກຂໍສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ. ການຮັບຮອງຂອງທ່ານແມ່ນນັບແຕ່ _____ ເຖິງ _____.

ພວກເຮົາໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ ເພື່ອພິຈາລະນາສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ. ຖ້າບໍ່ມີຫຍັງປ່ຽນແປງ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ:

\$ _____ ສຳຫຼັບ _____ ສຳຫຼັບ _____ ຄົນ.

\$ _____ ສຳຫຼັບ _____ ສຳຫຼັບ _____ ຄົນ.

\$ _____ ສຳຫຼັບ _____ ສຳຫຼັບ _____ ຄົນ.

- ສິດທິໃນການຮັບຄ່າອາຫານ ຈະເລີ່ມຕົ້ນວັນດຽວກັນກັບ ວັນທີທ່ານ ໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ.
- ສະຫວັດດີການເດືອນທຳອິດຂອງທ່ານ ລວມມີສະຫວັດດີການ ຫຼາຍກວ່າ ໜຶ່ງເດືອນ ໂດຍນັບຈາກວັນທີໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດກ່ອນ.
- ສະຫວັດດີການເດືອນທຳອິດຂອງທ່ານ ໄດ້ຖືກຄິດໄລ່ລ່ວງໜ້າ ໂດຍນັບຈາກ ວັນທີທ່ານຍື່ນໃບສະໝັກ.

ເນື່ອງຈາກທ່ານຕ້ອງການຄ່າອາຫານໂດຍທັນທີ, ພວກເຮົາ ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທ່ານຮັບຮອງ ດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ການຮັບຮອງແກ່ພວກເຮົາກ່ອນ ວັນທີ _____ ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ສິດໃນການຮັບຄ່າອາຫານຂອງທ່ານ ຈະຖືກຢຸດຕິ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນຕໍ່ມອີກ. ຖ້າການຮັບຮອງທ່ານທີ່ໃຫ້ ເຮັດໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງສິດ ຫຼື ສະຫວັດດີການ, ພວກເຮົາຈະດຳເນີນການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວເອງ. ທ່ານ **ຈະບໍ່** ໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນລ່ວງໜ້າ ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະດຳເນີນການນີ້.

ຖ້າທ່ານຍັງໄດ້ຍື່ນຂໍເງິນສະຫວັດດີການ, ແລະ ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບອະນຸມັດ, ສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານຂອງທ່ານ ອາດຖືກຫຼຸດ ຫຼື ຖືກຢຸດຕິ ໂດຍປາສະຈາກ ການແຈ້ງເຕືອນອີກ ຖ້າເງິນສະຫວັດດີການຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ.

ຄຳເຫັນ:

ກົດລະບຽບ: ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ ມີຜົນສັກສິດ:
ທ່ານອາດທົບທວນກົດລະບຽບດັ່ງກ່າວ ທີ່ສຳນັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ.

ສິດໃນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດໃນການຂໍຮ້ອງຮຽນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງ ຂອງ ເທດສະບານ. ທ່ານມີເວລາພຽງແຕ່ 90 ວັນ ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ. 90 ວັນ ແມ່ນເລີ່ມຈາກວັນທີ່ເທດສະບານ 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 ໄລຍະຍັງຢືນ ຂອງທ່ານ, ຂຶ້ນກັບສິ່ງໃດໄວກວ່າ.

ຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ລະບຸວ່າ ພວກເຮົາເຮັດຖືກ, ທ່ານຈະຕິດພວກເຮົາ ຕາມຈຳນວນໃດໆ ຂອງເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ຫຼື ບໍລິການດູແລເດັກ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດ ຫຼື ຍຸດຕິ ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ, ເລືອກ ຂໍລຸມນີ້:

ແມ່ນ, ຫຼຸດ ຫຼື ຍຸດຕິ: ເງິນສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ ຄ່າດູແລເດັກ

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ສຳຫຼັບ:

ສະຫວັດດີການເພື່ອເຮັດວຽກ:

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳນີ້.

ທ່ານອາດໄດ້ຮັບເງິນດູແລເດັກ ສຳຫຼັບການເຮັດວຽກ ຫຼື ການສຳຫຼັບກິດຈະກຳ ຕາມທີ່ອະນຸມັດ ໂດຍເທດສະບານ ກ່ອນແຈງການນີ້.

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ເງິນບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ ຈະຖືກຢຸດຕິ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນໃດໆ ຕື່ມອີກ, ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ຂອງທ່ານ.

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ, ຈະມີການ ຈ່າຍໃນຈຳນວນ ແລະ ວິທີການ ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານ ໃນແຈງການນີ້.

- ເພື່ອໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ທີ່ເທດສະບານ ໄດ້ບອກທ່ານໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ.
- ຖ້າຈຳນວນຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເທດສະບານຈ່າຍ ໃນຂະນະທີ່ ທ່ານກຳລັງລໍຖ້າ ຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານສາມາດ ຍຸດຕິການເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ.

Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ Cal-Learn ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາ ບໍ່ສາມາດຮັບໃຊ້ທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍແຕ່ ຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ Cal-Learn ສຳຫຼັບ ກິດຈະກຳ ຕາມທີ່ໄດ້ ອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກແຜນດູແລແບບຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal: ການດຳເນີນຕາມແຈງການນີ້ ອາດຢຸດການຮັບບໍລິການ ຂອງທ່ານ ຈາກແຜນດູແລສຸຂະພາບແບບຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດປະສົງຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານ ມີຂໍສົງໄສ.

ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ແລະ/ຫຼື ຄຳຮັກສາ: ໜ່ວຍງານສະໜັບສະໜູນເດັກເຂດ ຈະຊ່ວຍເກັບເງິນ ສະໜັບສະໜູນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນສະຫວັດດີການ. ຖ້າເຂົາເຈົ້າກຳລັງເກັບ ເງິນສະໜັບສະໜູນໃຫ້ທ່ານ, ເຂົາເຈົ້າ ຈະຍັງສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍແຕ່ ທ່ານບອກເຂົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າ ໃຫ້ຢຸດຕິ. ເຂົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນສະໜັບສະໜູນງວດປະຈຸບັນທີ່ເກັບໄດ້ແກ່ທ່ານ ແຕ່ຈະຮັກສາ ເງິນທີ່ຕິດ ໃນອະດີດທີ່ຕິດເທດສະບານ.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ສຳນັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍ.

ເອກະສານຮ້ອງຮຽນ: ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ, ພະແນກຮ້ອງຮຽນລັດ ຈະສ້າງ ລະບົບເອກະສານຮ້ອງຮຽນ. ທ່ານມີສິດຂໍເບິ່ງເອກະສານນີ້ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແລະ ເອົາສຳເນົາຄຳກ່າວຫາ ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຂອງເທດສະບານ ກ່ຽວກັບກິດຈະກຳຂອງທ່ານ ຢ່າງໜ້ອຍ ສອງວັນ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ. ລັດອາດໃຫ້ເອກະສານ ຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແກ່ກົມສະຫວັດດີການ ແລະ ກົມສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ກະສິກຳ ສະຫະລັດ. (W&I ກົດລະບຽບ ພາກ 10850 ແລະ 10950.)

ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ:

- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນໜ້ານີ້.
- ສຳເນົາດ້ານໜ້າ ແລະ ດ້ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້ ເພື່ອເຮັດບັນທຶກສາໄວ້ກັບທ່ານ. 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 ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກິດໝາຍ ຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງລັດ (ໂທຟຣີ) ຕາມທີ່ລະບຸ ຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກິດໝາຍຟຣີ ທີ່ສຳນັກງານຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານກິດໝາຍ ຫຼື ສິດທິສະຫວັດດີການ ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໃຫ້ການຮ້ອງຮຽນຄົນດຽວ, ທ່ານສາມາດນຳໝູ່ ຫຼື ບາງຄົນ ໄປນຳທ່ານ.

ການຂໍການຮ້ອງຮຽນ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການຂໍຮ້ອງຮຽນຍ້ອນການດຳເນີນການຂອງກົມສະຫວັດດີການ ເທດສະບານ _____ ກ່ຽວກັບ ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

ເງິນສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ Medi-Cal

ອື່ນໆ (ໄປລະບຸ) _____

ຍ້ອນເຫດຜົນລຸ່ມນີ້: _____

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເນື້ອທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ເລືອກຂໍ້ນີ້ ແລະ ຄັດຕິດເຈ້ຍຕື່ມ.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການໃຫ້ລັດຈັດນາຍພາສາແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍບໍ່ເສຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. (ຍາດພິມ້ອງ ຫຼື ໝູ່ ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ ໃນເວລາຮ້ອງຮຽນ.)

ພາສາ ຫຼື ພາສາທ້ອງຖິ່ນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນ: _____

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ສະຫວັດດີການຂອງລາວຖືກປະຕິເສດ, ປຸ່ນແປງ ຫຼື ຍຸດຕິ

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

ຊື່ຜູ້ທີ່ແບບຟອມນີ້ _____ ໂທລະສັບ _____

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ລຸ່ມນີ້ ໃຫ້ວ່າຄວາມໃຫ້ເງິນ ໃນການຮ້ອງຮຽນນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນນີ້ ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໄປໃຫ້ ການຮ້ອງຮຽນ ແຜນຂ້າພະເຈົ້າ. (ບຸກຄົນນີ້ ສາມາດເປັນແຕ່ ໝູ່ ຫຼື ຍາດພິມ້ອງ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາ ໃຫ້ທ່ານໄດ້.)

ຊື່ _____ ໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____