<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

ທ່ານ <Member Name> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ຂໍຂອບໃຈສຳລັບການປະຊຸມທີ່ຜ່ານມາເພື່ອປຶກສາກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ສອດມານຳ​ນີ້ແມ່ນສຳເນົາແຜນປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາໄດ້ພັດທະນາຮ່ວມກັນໃນ <Date>. ໂທຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປຶກສາກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງຕ່າງໆໃນແຜນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ໃຫ້ຈື່ວ່າ, ວຽກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນ​ຖາ​ນະ​ເປັນຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ​ແມ່ນ​ເພື່ອ:

* ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການບໍລິການທີ່ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້
* ປະສານງານ​ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານລະຫວ່າງຄລິນິກປິ່ນປົວຂັ້ນ​ຕົ້ນຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ຽວຊານສະເພາະ
* ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

ເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ໂທຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງໄດ້ນອນໂຮງໝໍ ຫຼື ເກີດເຫດສຸກເສີນ, ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດທົບທວນຄວາມສຳເລັດຂອງແຜນການຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ກະລຸນາໂທ <Phone Number>. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນ <8:00 am to 4:30 pm>. ກະລຸນາຝາກຂໍ້ຄວາມໄວ້ຍັງກ່ອງຂໍ້ຄວາມສຽງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຫວ່າງຮັບສາຍຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະໂທກັບຫາທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້, ແຈ້ງບອກຂ້າພະເຈົ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາໃດ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າລົມກັບທ່ານ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຊ້ຜູ້ແປພາສາຜ່ານໂທລະສັບ. ຖ້າທ່ານມີປັນຫາທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ ນຳໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 711.

<Additional comments>

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

​ສຳ​ເນົາ​ສົ່ງ: <name>

H2425\_001\_102417\_JJ03B Internal Approved 10/24/2017

DHS\_102417\_JJ04B Internal Approved 10/24/2017