<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

ທ່ານ <Member Name> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ສອດມານຳ​ນີ້ແມ່ນແບບຟອມຄຳ​ສັ່ງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບລ່ວງໜ້າລັດ​ມິ​ນີ​ໂຊ​ຕາ. ​ແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຂຽນຄວາມຕ້ອງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຮູ້, ຖ້າທ່ານເຈັບປ່ວຍໜັກ ຫຼື ບໍ່ສາມາດ ບອກອາການຂອງທ່ານໄດ້. ການຂຽນຊື່ຕົວແທນປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ແລະ ລະບຸຄຳແນະນຳຂອງທ່ານເປັນລາຍ ລັກອັກສອນແມ່ນວິທີການທີ່ດີທີ່ສຸດໃນການຮັບປະກັນວ່າທ່ານໝໍ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຈະຮັບຮູ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຊ້ເວລາອ່ານແບບຟອມນີ້. ແລ້ວໂທຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ.

ການຕື່ມແບບຟອມຄຳ​ສັ່ງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບລ່ວງໜ້າລັດ​ມິ​ນີ​ໂຊ​ຕາແມ່ນເປັນເລື່ອງງ່າຍດາຍ. ມັນມີສາມພາກຄື:

* **ພາກທີ 1** ໃຫ້ທ່ານລະບຸຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະຕັດສິນໃຈປິ່ນປົວສຸຂະພາບໃຫ້ກັບທ່ານ, ຖ້າທ່ານໝໍຮູ້ສຶກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດເອງໄດ້. ບຸກຄົນນີ້ເອີ້ນວ່າຕົວແທນປິ່ນປົວສຸຂະພາບ.
* **ພາກທີ 2** ຈະໃຫ້ທ່ານຂຽນຄວາມຕ້ອງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຄຳແນະນຳຕ່າງໆ. ດ້ວຍວິທີນີ້, ທ່ານໝໍ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນໆຈະສາມາດຕັດສິນໃຈອີງຕາມຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຄວາມປາຖະໜາຂອງທ່ານ.
* **ພາກທີ 3** ແມ່ນໃຫ້ທ່ານເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ໃນຟອມ.

ນີ້ແມ່ນບາງສິ່ງບາງຢ່າງທີ່ທ່ານຄວນຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບຄຳ​ສັ່ງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບລ່ວງໜ້າ:

* ມັນເປັນທາງເລືອກຂອງທ່ານໃນການຂຽນແບບຟອມດັ່ງກ່າວ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ, ທ່ານໝໍກໍ່ຈະປິ່ນ ປົວທ່ານຕາມປົກກະຕິ.
* ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມອບໃຫ້ນັກກົດໝາຍຂຽນແບບຟອມນີ້ໃຫ້ກັບທ່ານ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ເຊັນຕໍ່ໜ້າພະຍານສອງທ່ານ ຫຼື ທະນາຍຄວາມ.
* ທ່ານສາມາດປ່ຽນຟອມດັ່ງກ່າວໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ.

ເມື່ອທ່ານຂຽນແບບຟອມດັ່ງກ່າວສຳເລັດແລ້ວ ແລະ ໄດ້ເຊັນໃສ່ແບບຟອມດັ່ງກ່າວແລ້ວ, ໃຫ້ມອບສຳເນົາໃຫ້ກັບຕົວແທນປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຄູ່ສົມລົດ, ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ຫຼື ເພື່ອນສະໜິດ. ແລ້ວບອກກັບບຸກຄົນເຫຼົ່ານີ້ກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານເລືອກ. ຮັບປະກັບວ່າໄດ້ເກັບຮັກສາຕົ້ນສະບັບໄວ້ໃນທີ່ປອດໄພທີ່ຄົນອື່ນໆສາມາດຄົ້ນພົບໄດ້ຢ່າງງ່າຍດາຍ.

ກະລຸນາໂທຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນ <8:00 am to 4:30 pm>. ​ເບີໂທລະສັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ <CC Phone Number>. ຖ້າທ່ານໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 711.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

​ສຳ​ເນົາ​ສົ່ງ: <name>

H2425\_001\_102417\_JJ01B Internal Approved 10/24/2017

DHS\_102417\_JJ02B Internal Approved 10/24/2017