<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

ທ່ານ <Member name or Responsible Party name> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ <CC's name>. ຂ້າພະເຈົ້າ <"your" or "member's full name"> ​ເປັນຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus. ຂໍຂອບໃຈສຳລັບການປຶກສາຫາລືທີ່ຜ່ານມາ. ນີ້ແມ່ນຂໍ້ສະ ຫຼຸບໃນສິ່ງທີ່ເຮົາໄດ້ປຶກສາຫາລືກັນ:

ທົບທວນການບໍລິການອຳນວຍຄວາມສະດວກ  ພູມຕ້ານ​ທານ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດອື່ນໆ

ການ​ເດີນ​ທາງ​ຂອງ BlueRide  ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດການດ້ານການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ສຸຂະພາບຈິດ

ຄຳສັ່ງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບລ່ວງໜ້າ  ການລົງ​ທະ​ບຽນເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ SecureBlue (HMO SNP)

ຄວາມ​ຕ້ອງ​ການວັດ​ຖຸ ແລະ  ອື່ນໆ

ອຸປະກອນທາງການແພດ

ໃຫ້ຈື່ວ່າ, ວຽກຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ <"your" or "member's full name"> ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານ:

* ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການບໍລິການທີ່ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້
* ປະສານງານ​ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານລະຫວ່າງຄລິນິກປິ່ນປົວຂັ້ນ​ຕົ້ນຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ຽວຊານສະເພາະ
* ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ
* ຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍົກຍ້າຍຊຸມຊົນ, ຕາມຄວາມຕ້ອງການ

ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ກະລຸນາໂທ <Phone Number>. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນ <8:00 am to 4:30 pm>. ກະລຸນາຝາກຂໍ້ຄວາມໄວ້ຍັງກ່ອງຂໍ້ຄວາມສຽງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າຂ້າພະ ເຈົ້າບໍ່ຫວ່າງຮັບສາຍຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະໂທກັບຫາທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້, ແຈ້ງ ບອກຂ້າພະເຈົ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາໃດ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າລົມກັບທ່ານ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຊ້ຜູ້ແປພາສາ ຜ່ານໂທລະສັບ. ຖ້າທ່ານມີປັນຫາທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ ນຳໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 711.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

​ສຳ​ເນົາ​ສົ່ງ: <name>

H2425\_001\_112718\_JJ01B Internal Approved 11/27/2017

DHS\_112718\_JJ03B Internal Approved 11/27/2017