<DATE>

<Auth Rep Name>

<Auth Rep Address>

<Auth Rep Address>

ທ່ານ <Authorized Rep> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ <CC's Name>. ຂ້າພະເຈົ້າເປັນ <member's full name>ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງ Blue Plus. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ພົບກັບ <member's full name> ແລະ ຕ້ອງການປຶກສາຫາລືກັບທ່ານກ່ຽວກັບເລື່ອງຕໍ່ໄປນີ້:

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

ໜ້າທີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນ​ຖາ​ນະຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວຂອງ <member's full name> ແມ່ນ​ເພື່ອ:

* 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, ແຈ້ງບອກຂ້າພະເຈົ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາໃດ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າລົມກັບທ່ານ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຊ້ຜູ້ແປ ພາສາຜ່ານໂທລະສັບ. ຖ້າທ່ານມີປັນຫາທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ ນຳໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 711.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

H2425\_001\_090617\_Z01B Internal Approved 9/25/2017

DHS\_090617\_Z02B Internal Approved 9/25/2017

​