<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

ທ່ານ <Member Name> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ຊື່​ຂອງ​ຂ້າພະເຈົ້າ​ແມ່ນ <Care Coordinator Name> ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ​ເປັນ​ຜູ້​ປະ​ສານ​ງານ​ງານ​ເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ໂຄງ​ການ Blue Plus ຂອງ​ທ່ານ​ຈາກ​ແຜນ​ປະ​ກັນ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຂອງ​ທ່ານ. ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ຂອງ​ຂ້າພະເຈົ້າ​ແມ່ນ​ທ່ານ​ບໍ່​ເສຍ​ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ. ເວລາທີ່ພວກ​ເຮົາ​ໄດ້​ເວົ້າ​ກັນໃນ <date>, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້​ສະ​ເໜີ​​ທ່ານ​ໃຫ້​ເຮັດ​ການ​ປະ​ເມີນ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ທາງ​ດ້ານ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ແບບ​ໜ້າ​ຕໍ່​ໜ້າ ແລະ ທາງ​ໂທ​ລະ​ສັບ ​ດັ່ງ​ທີ່​ໄດ້​ເຮັດ​ເປັນ​ລາຍ​ການ​ໄວ້​ຢູ່​ລຸ່ມ​ນີ້ ແລະ ທ່ານ​ໄດ້​ປະ​ຕິ​ເສດ.

ການ​ປະ​ເມີນ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ເບື້ອງ​ຕົ້ນ

ການ​ຕິດ​ຕໍ່​ກາງ​ປີເພື່ອ​ສ​ະ​ເໜີ​ກາ​ນ​ປະ​ເມີນ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ໃຫ້​ທ່ານ

ການ​ປະ​ເມີນ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ປະ​ຈຳ​ປີ

Blue Plus ​ຕ້ອງ​ການ​ຊ່ວຍ​ທ່ານ​ໂດຍ​ມີ​ເປົ້າ​ໝາຍ​ຮັກ​ສາ​ໃຫ້​ມີ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ດີ​ເທົ່າ​ທີ່​ເປັນ​ໄປ​ໄດ້. ດັ່ງ​ທີ່​ໄດ້​ປຶກ​ສາ​ຫາ​ລື, ຂ້າພະເຈົ້າ​ຈະ​ສືບ​ຕໍ່​ຕິດ​ຕໍ່​ຫາ​ທ່ານ​ສອງ​ຄັ້ງ​ຕໍ່​ປີ ​ເພື່ອ​ສະ​ເໜີ​ການ​ປະ​ເມີນ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ແກ່​ທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າ​ຍັງ​ຈະ​ຕິດ​ຕໍ່​ຫາ​ສຳ​ລັບ​ການ​ຮັບ​ເຂົ້າ​ໃນ​ສະ​ຖານ​ທີ່​ປິ່ນ​ປົວ​ໃດ​ໜຶ່ງ ຫຼື ຕາມ​ຄວາມ​ຕ້ອງ​ການ​ດ້ານການເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ແບບ​ປ້ອງ​ກັນ.

ເພື່ອ​ຊ່ວຍ​ທ່ານ​ໃນ​ເປົ້າ​ໝາຍ​ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າ​ຢູ່​ທີ່​ນີ້​ເພື່ອ​ໃຫ້​ແນ່​ໃຈ​ວ່າ​ທ່ານ​ມີ​ຊັບ​ພະ​ຍາ​ກອນ​ທີ່​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ການ​ເພື່ອ​ສະ​ໜັບ​ສະ​ໜູນ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຂອງ​ທ່ານ. ດັ່ງ​ທີ່​ພວກ​ເຮົາ​ປຶກ​ສາ​ຫາ​ລືກັນ, ຂ້າພະເຈົ້າ​ພ້ອມ​ໃຫ້​ການ​ສະ​ໜັບ​ສະ​ໜູນ​ທ່ານ​ໃນ​ວິ​ທີ​ການ​ຕໍ່​ໄປ​ນີ້​ຕາມ​ການ​ຮ້ອງ​ຂໍ​ຂອງ​ທ່ານຄື:

* ​ຊ່ວຍ​ໃນ​ການ​ຮັບ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ພາຍ​ໃຕ້​ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ​ປະ​ກັນ​ໄພ​ຂອງ​ທ່ານ
* ​ການ​ເຂົ້າ​ເຖິງ​ຊັບ​ພະ​ຍາ​ກອນ​ຊຸມ​ຊົນ, ອາ​ຫານ ແລະ ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ທີ່​ຢູ່​ອາ​ໄສ
* ​ການ​ເຊື່ອມ​ໂຍງ​ທ່ານ​ກັບຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ຂັ້ນ​ຕົ້ນ ແລະ ພິ​ເສດ, ລວມ​ທັງ​ທັນ​ຕະ​ແພດ
* ​ການ​ຈັດ​ການການຮັບສົ່ງ​ສຳ​ລັບ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ທາງ​ການ​ແພດ ແລະ ອື່ນໆ

​ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ເຂົ້າ​ເຖິງ​ຂໍ້​ມູນ​ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ​ໄດ້​ໃນ​ເວັບ​ໄຊ​ຂອງ​ພວກ​ເຮົາ​ທີ່ bluecrossmn.com/publicprograms

ຄຳ​ຄິດ​ເຫັນ​ສະ​ມາ​ຊິກ: <Optional: i.e. stated they are independent, continues to work full-time, is up to date on preventive visits>

ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ກະລຸນາໂທ <Phone Number>. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນ <8:00 am to 4:30 pm>. ​ຖ້າ​ທ່ານ​ບໍ່​ເວົ້າ​ພາ​ສາ​ອັງ​ກິດ, ຂ້າພະເຈົ້າສາ​ມາດ​ໂທ​ກັບ​ຄືນ​ຫາ​ທ່ານ​ດ້ວຍ​ຜູ້​ແປ​ພາ​ສາ​ທາງ​ໂທ​ລະ​ສັບ. ຖ້າທ່ານມີບັນຫາທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ ນຳໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 711.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_022823\_O01B DHS Approved 03/29/2023