<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

ທ່ານ <Member Name> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ <Care Coordinator Name>. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂຽນໜັງສືເພື່ອແນະນຳໂຕເອງວ່າເປັນ ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວ ຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຮັດວຽກຮ່ວມກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, Blue Advantage Minnesota Senior Care Plus (MSC+)

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລົມກັບທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງເຈົ້າກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ ແລະ ສິ່ງທີ່ຂ້າະເຈົ້າສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ​ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ​ອັນ​ໜຶ່ງແຜນປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມ, ເຊິ່ງລວມມີ:

* ສໍາເລັດການປະເມີນຄວາມສ່ຽງດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ແຜນການດູແລ
* ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການບໍລິການທີ່ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້
* ການປະສານງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານລະຫວ່າງຄລິນິກປິ່ນປົວຂັ້ນ​ຕົ້ນຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ຽວຊານສະເພາະ
* ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ
* ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດ້ວຍ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ໃນ​ການ​ປິ່ນ​ປົວ​ຂອງ​ທ່ານກ່ອນ ແລະ ຫຼັງເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ

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

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_020624\_O02 DHS ​ອະ​ນຸ​ມັດລົງວັນທີ 02/14/2024