<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

<Member Name> thân mến,

Cảm ơn bạn đã tham gia cuộc họp gần đây của chúng ta để nói về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của bạn. Đính kèm là bản sao Kế hoạch Chăm sóc của bạn mà chúng ta đã cùng nhau phát triển <Date>. Hãy gọi cho tôi nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào hoặc nếu bạn muốn nói về bất kỳ thay đổi nào đối với kế hoạch chăm sóc của bạn.

Hãy nhớ rằng, công việc của tôi với tư cách là Điều phối viên Chăm sóc của bạn là:

* Cung cấp thông tin về các nguồn lực và dịch vụ có sẵn cho bạn
* Phối hợp chăm sóc của bạn giữa phòng khám chăm sóc chính của bạn và các bác sĩ chuyên khoa
* Cung cấp thông tin để giúp bạn và gia đình bạn đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của bạn

Điều quan trọng là bạn phải gọi cho tôi nếu bạn đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu, để chúng tôi có thể xem xét mức độ thành công của kế hoạch của bạn.

Để liên hệ với tôi, vui lòng gọi <Phone Number>. Giờ hoạt động của chúng tôi là từ <8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều>. Vui lòng để lại tin nhắn trong hộp thư thoại của tôi nếu tôi không thể trả lời cuộc gọi của bạn. Tôi sẽ gọi lại cho bạn. Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy cho tôi biết ngôn ngữ bạn nói. Để giúp tôi nói chuyện với bạn, tôi sẽ sử dụng một thông dịch viên qua điện thoại. Nếu bạn bị khiếm thính và sử dụng TTY, vui lòng gọi 711.

<Additional comments>

Trân trọng,

<Care Coordinator's Name, Title>

Điều phối viên Chăm sóc Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

Cc: <name>

DHS\_120920\_KK01 DHS Được phê duyệt 17/12/2020