<DATE>

<Auth Rep Name>

<Auth Rep Address>

<Auth Rep Address>

Kính gửi <Authorized Rep>,

Tên tôi là <CC's Name>. Tôi là Điều phối viên Chăm sóc Blue Plus của <member's full name>. Gần đây tôi đã gặp <member's full name> và muốn thảo luận với các bạn những điều sau đây:

Xem xét các dịch vụ tại cơ sở  Chủng ngừa hoặc các nhu cầu y tế khác

Chuyên chở BlueRide  Quyền lợi nha khoa và sức khỏe tâm thần

Chỉ dẫn trước Về Chăm sóc Sức khỏe  Ghi danh vào SecureBlue (HMO SNP)

Nhu cầu về vật tư và thiết bị y tế  Khác

Công việc của tôi với tư cách là Điều phối viên Chăm sóc của <member's full name> 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
* Hỗ trợ tái định cư trong cộng đồng theo ý muốn

Để liên hệ với tôi, vui lòng gọi <Phone Number>. Giờ hoạt động của chúng tôi là từ <8:00 am to 4:30 pm>. 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.

Trân trọng,

<Care Coordinator Name, Title>

Điều phối viên Chăm sóc Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_121020\_KK01 DHS Đã Phê duyệt Ngày 18/12/2020