<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. ຂ້າພະເຈົ້າ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ຕິດຕໍ່ທ່ານ​ທາງ​ໂທ​ລະ​ສັບ​ໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າພະ​ຍາ​ຍາມ​ໂທ​ຫາ​ຫ່ານ​ເພື່ອ​ລົມ​ກ່ຽວ​ກັບ:

<Reason for outreach>

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\_022723\_O01B DHS Approved 03/13/2023