<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

Thân gửi <Member Name>,

Tên tôi là <Care Coordinator Name> và tôi là Điều phối viên Dịch vụ Chăm sóc Blue Plus từ chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Dịch vụ điều phối chăm sóc này là miễn phí. Tôi không thể liên lạc với quý vị qua điện thoại. Tôi đang cố gắng liên lạc với quý vị để trao đổi về:

<Reason for outreach>

Để liên hệ với tôi, vui lòng gọi đến <Phone Number>. Giờ làm việc của chúng tôi là từ <8:00 am to 4:30 pm>. Nếu quý vị không nói tiếng Anh, tôi sẽ gọi lại cho quý vị với sự hỗ trợ của thông dịch viên qua điện thoại. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản), vui lòng gọi số 711.

Trân trọng,

<Care Coordinator Name, Title>

Điều Phối viên Dịch vụ Chăm sóc Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_022723\_O01 DHS Phê duyệt này 13/03/2023