

<Date>

<Member Name>

<Address>

<City, State, ZIP>

Sehr geehrte/r <Member Name>,

Bei UCare haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verbessern. Anbei finden Sie den mit Ihnen entwickelten Support-Plan auf Date.

Bitte lesen Sie diesen Support-Plan sorgfältig durch. Wenn Sie ihn für akzeptabel halten, unterschreiben Sie das Dokument und senden Sie die Unterschriftsseite in dem beiliegenden an sich selbst adressierten, frankierten Umschlag zurück.

**Zur Erinnerung: Während Ihres Besuchs haben wir über folgende Themen gesprochen:**

* Möglichkeiten, Ihre körperliche und geistige Gesundheit zu managen
* Nutzung von Gesundheitsvorsorge, um Ihre Gesundheit zu erhalten und zu verbessern
* Ihr Bedarf an Vorsorge
* Topic(s) discussed at visit

**Wenden Sie sich an Ihren care coordinator (Pflegekoordinator), wenn Sie:**

* Im Krankenhaus sind oder einen Krankenhausaufenthalt planen
* Gestürzt sind
* Veränderungen Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit erleben
* Hilfe bei der Suche nach Unterstützung oder Dienstleistungen benötigen

Wenn Sie Fragen haben oder mit Ihrem Support-Plan nicht einverstanden sind, rufen Sie mich an unter Phone Number. Sie können auch anrufen, wenn sich Ihre Bedürfnisse ändern. Benutzer von TTY-Maschinen rufen bitte Minnesota Relay an unter 711 oder 1-877-627-3848 (Sprache-zu-Sprache-Relaisdienst).

Vielen Dank

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H2456\_2848\_072022 accepted

H5937\_2848\_072022\_C

U14013 German (U2848) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated