

<Date>

<Member Name>

<Address>

<City, State, ZIP>

ຮຽນ <Member Name>,

ຢູ່ທີ່ UCare, ພວກເຮົາອຸທິດຕົນເພື່ອປັບປຸງສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມສົມບູນຂອງທ່ານ. ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍແມ່ນແຜນການສະໜັບສະໜູນທີ່ພັດທະນາຮ່ວມກັບທ່ານ Date.

ກະລຸນາກວດເບິ່ງແຜນການຊ່ວຍເຫຼືອນີ້ຢ່າງລະມັດລະວັງ. ຖ້າທ່ານພົບວ່າມັນເປັນທີ່ຍອມຮັບ, ກະລຸນາເຊັນ ແລະ ສົ່ງຄືນໜ້າລາຍເຊັນໃນຊອງຈົດໝາຍທີ່ຕິດສະແຕມພ້ອມລະບຸທີ່ຢູ່ຜູ້ສົ່ງ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຕົນເອງແນບມາ.

**ເພື່ອເປັນການເຕືອນ, ໃນລະຫວ່າງການຢ້ຽມຢາມຂອງທ່ານພວກເຮົາໄດ້ສົນທະນາກ່ຽວກັບ:**

* ວິທີການຈັດການສຸຂະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈຂອງທ່ານ
* ການນໍາໃຊ້ການດູແລສຸຂະພາບເພື່ອຮັກສາ ແລະ ປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ
* ຄວາມຕ້ອງການການດູແລປ້ອງກັນຂອງທ່ານ
* Topic(s) discussed at visit

**ຢ່າລືມຕິດຕໍ່** **Care coordinator**) ຜູ້ປະສານງານການດູ) **ແລຂອງທ່ານຖ້າທ່ານ:**

* ຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ວາງແຜນທີ່ຈະເຂົ້າໂຮງໝໍ
* ເກີດການລົ້ມ
* ມີການປ່ຽນແປງໃນສຸຂະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງທ່ານ
* ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຊອກຫາການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ການບໍລິການ

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີກັບແຜນການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ໂທຫາຂ້ອຍໄດ້ທີ່ Phone Number. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາໄດ້ຖ້າຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ຜູ້ໃຊ້ເຄື່ອງ TTY ກະລຸນາໂທຫາເບີMinnesota Relay 711 ຫຼື 1-877-627-3848 (ບໍລິການຖ່າຍທອດດ້ວຍຄຳເວົ້າ).

ຂອບໃຈ,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H2456\_2848\_072022 accepted

H5937\_2848\_072022\_C

U14013 Lao (U2848) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated