

Date

Member Name

Member Address

City, State ZIP

Уважаемый(-ая) Member Name,

UCare мы стремится улучшать ваше здоровье и общее самочувствие. К этому письму приложен План поддержки, разработанный совместно с вами Date. Просим вас внимательно ознакомиться с ним.

**Напоминаем, что во время приема мы обсудили следующее:**

* возможности управления вашим физическим и психическим здоровьем;
* использование медицинской помощи для поддержания и улучшения состояния здоровья;
* ваши потребности в профилактической медицинской помощи;
* Topic(s) discussed at visit.

**Обязательно свяжитесь со своим координатором медицинского обслуживания в следующих ситуациях:**

* вы госпитализированы или планируете госпитализацию;
* вы упали;
* у вас изменилось физическое или психическое состояние;
* вам нужна помощь в поиске поддерживающих или других услуг.

Если у вас есть вопросы или если вы не согласны с условиями Плана поддержки, позвоните мне по телефону Phone Number. Вы также можете позвонить мне, если ваши потребности изменятся. Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить в Minnesota Relay по номеру 711 или 1-877-627-3848 (служба ретрансляции).

С уважением,

Care Coordinator Name

Care Coordinator Job Title

County or Agency Name

Phone Number

Email Address

H5937\_H2456\_6336\_072022, принято

U14015 Russian (U6336) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated