

<Date>

<Member Name>

<Address>

<City, State, ZIP>

प्रिय <Member Name>,

UCare में, हम आपके स्वास्थ्य और तंदुरुस्ती को बेहतर बनाने के लिए समर्पित हैं। यहाँ सपोर्ट प्लान दिया गया है, जिसे आपके साथ Date को बनाया गया था।

कृपया इस सपोर्ट प्लान की सावधानीपूर्वक समीक्षा करें। यदि आप इसे स्वीकार करते हैं, तो कृपया इस पर हस्ताक्षर करें और हस्ताक्षर पेज को संलग्न स्व-संबोधित, मुद्रांकित लिफाफे में वापस कर दें।

**एक रिमाइंडर के रूप में, आपकी विज़िट के दौरान हमने बात की थी:**

* आपके शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के प्रबंधन के तरीकों के बारे में
* आपके स्वास्थ्य को बनाए रखने और उसे सुधारने के लिए स्वास्थ्य देखभाल के उपयोग के बारे में
* आपकी निवारक देखभाल की आवश्यकताओं के बारे में
* Topic(s) discussed at visit

**अपने Care Coordinator (देखभाल समन्वयक) से संपर्क करना याद रखें, यदि आप:**

* अस्पताल में भर्ती हैं या अस्पताल में भर्ती होने की योजना बना रहे हैं
* आपके स्वास्थ्य में गिरावट आई है
* आपके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य में बदलाव हो रहा है
* आपको सहायता या सेवाएं खोजने में मदद चाहिए

यदि आपके कोई प्रश्न हैं या आप अपने सपोर्ट प्लान से सहमत नहीं हैं, तो मुझे Phone Number पर कॉल करें। यदि आपकी आवश्यकताएं बदलती हैं तो भी आप कॉल कर सकते हैं। TTY मशीन उपयोगकर्ताओं से अनुरोध है कि वे 711 या 1-877-627-3848 (स्पीच-टू-स्पीच रिले सेवा) परMinnesota Relay कॉल करें।

धन्यवाद,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H2456\_2848\_072022 accepted

H5937\_2848\_072022\_C

U14013 Hindi (U2848) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated