Minnesota Department of **Human Services**

ສັງລວມຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫລືອ ແລະ ການໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມກັນ

(ມີຜົນແຕ່ 1 ມັງກອນ 2016 ເປັນຕົ້ນໄປ)

ໂທຫາແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດເງິນສ່ວນເຫລືອສະເພາະ

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບແຜນດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ການບໍລິການກວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫລື ການຮ່ວມຈ່າຍ, ທ່ານສາມາດ:

- ໂທຫາພະນັກງານຂອງທ່ານ
- ໂທຫາແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ
- ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຕໍ່ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບບາງອັນ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບພວກມັນ. ການບໍລິການຕ້ອງມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.

Medical Assistance - MA (ການຊ່ວຍເຫລືອທາງການແພດ)

ບາງຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ MA ລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ.

- ການປິ່ນປົວບັນຫາການຕິດເຫລົ້າ ແລະ ຢາເສບຕິດ
- ການບຳບັດໂລກດ້ວຍວິທີການຈັບກະດູກສັນຫຼັງ
- ການດູແລປິ່ນປົວພະຍາດແຂ້ວ (ຈຳກັດສຳລັບຜູ້ໃຫ່ຍທີ່ບໍ່ຖືພາ)
- ການກວດພະຍາດກັບທ່ານໝໍ/ຄລີນິກ
- ການດູແລໃນຫ້ອງສຸກເສີນ (ER)
- ແວ່ນຕາ
- ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ເຄື່ອງຊ່ວຍການຟັງສຽງ
- ການດູແລໃນເຮືອນ
- ການດູແລຜູ້ປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ
- ບໍລິການໂຮງໝໍ (ຄົນເຈັບພາຍໃນ ແລະ ຄົນເຈັບເຂດນອກ)
- ການສ້າງພູມຕ້ານທານ ແລະ ການສັກວັກຊີນ
- ບໍລິການລ່າມແປພາສາ
- ຫ້ອງທົດລອງ ແລະ X-ray
- ບໍລິການສູນການເກີດລູກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ
- ອຸປະກອນ ແລະ ເຄື່ອງມືທາງການແພດ
- ການຂົນສົ່ງໃນການປິ່ນປົວ (ການເຂົ້າເຖິງ, ລົດໂຮງໝໍ ແລະ ພິເສດ)
- ການດູແລສຸຂະພາບຈິດ
- ສະຖານພະຍາບານ ແລະ ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ ICF/DD
- ການຜ່າຕັດຄົນເຈັບເຂດນອກ
- ການສັ່ງຢາ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງບຳບັດດ້ວຍການນັ່ງສຳມະທິ
- ການບຳບັດຟື້ນຟູ
- ດູແລຮີບດ່ວນ

ຂອບເຂດຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຳລັບການບໍລິການດູແລໄລຍະຍາວບາງອັນ, ລວມທັງສະຖານພະຍາບານ, ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ເຮັດການຮ້ອງຂໍແຍກຕ່າງຫາກ ເພື່ອກຳນົດວ່າ MA ສາມາດຈ່າຍໃຫ້ໄດ້ບໍ່. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ໃຫ້ຖາມພະນັກງານຂອງທ່ານ.

ການໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມກັນ

ການໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມກັນໝາຍເຖິງຈຳນວນເງິນທ່ານຈ່າຍເປັນຄ່າການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ຈຳນວນເງິນການໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມກັນແມ່ນຂຶ້ນກັບການປັບປຸງນຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ. ຜູ້ໃຫ່ຍອາຍຸ 21 ປີ ຫລື ສູງກວ່ານີ້ (ຍົກເວັ້ນຜູ້ຍິງຖືພາ, ຄົນໃນການດູແລຜູ້ປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ, ຄົນອິນເດຍແດງ, ຜູ້ລົງທະບຽນໃນ ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ MA ແກ່ຜູ້ອົບພະຍົກ ແລະ ຄົນຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານ ຫລື ICF/DDs) ມີ:

- ຄ່າສາມາດຫັກໄດ້ແຕ່ລະເດືອນ $2.85
- ການຮ່ວມຈ່າຍ $3 ສຳລັບການກວດພະຍາດທີ່ບໍ່ສາມາດປ້ອງກັນໄດ້, ບໍ່ມີການຮ່ວມຈ່າຍສຳລັບ ການກວດສຸຂະພາບຈິດ
- ການຮ່ວມຈ່າຍ $3.50 ເປັນຄ່າການກວດພະຍາດໃນຫ້ອງສຸກເສີນ (ER) ໃນກໍລະນີບໍ່ສຸກເສີນ
- ການຮ່ວມຈ່າຍ $3 ຫຼື $1 ເປັນຄ່າຢາຕາມແພດສັ່ງ ທີ່ສູງເຖິງ **$12** ຕໍ່ເດືອນ; ບໍ່ມີ ການຮ່ວມຈ່າຍໃນຄ່າຢາສຸຂະພາບຈິດບາງອັນ

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າການຮ່ວມຈ່າຍ ຫລື ຄ່າສາມາດຫັກເອົາໄດ້, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໃຫ້ບໍລິການທ່ານ. ບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕ້ອງເຊື່ອຄຳເວົ້າຂອງທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຈ່າຍໄດ້. ບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບໍ່ສາມາດຮຽກຮ້ອງຫຼັກຖານວ່າ ທ່ານບໍ່ສາມາດຈ່າຍໄດ້.

ການຮ່ວມຈ່າຍ ແລະ ຄ່າສາມາດຫັກເອົາໄດ້ແຕ່ລະເດືອນແມ່ນຖືກຈຳກັດເປັນຈຳນວນ 5 ເປີເຊັນ ຂອງລາຍຮັບຄອບຄົວ ສຳລັບຜູ້ໃຫ່ຍທີ່ມີລາຍຮັບຢູ່ທີ່ ຫລື ຕ່ຳກວ່າ 100 ເປີເຊັນ ຂອງຂໍ້ແນະນຳດ້ານຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ການລົງທະບຽນທີ່ແຜນສຸຂະພາບບໍ່ຮັບປະກັນໄດ້ວ່າ ທ່ານຈະສາມາດເຫັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນປະກັນສຸຂະພາບສະເພາະໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີຄວາມແນ່ໃຈ, ທ່ານຄວນໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນັ້ນ ເພື່ອສອບຖາມວ່າ ລາວ ຫຼື ນາງຍັງເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍ.

ທ່ານຄວນຖາມຕື່ມອີກວ່າ ເຂົາເຈົ້າຍັງຮັບຄົນເຈັບໃໝ່ຢູ່ບໍ. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບອາດຈະບໍ່ກວມເອົາທຸກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ອ່ານຫລັກຖານຂອບເຂດຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ ເພື່ອຊອກຮູ້ວ່າ ມີຫຍັງແດ່ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບໄດ້.

ການດູແລໄດ້ຮັບການຈັດການ (Managed Care) ສຳລັບຄົນອິນເດຍແດງ

ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບສຳລັບຄົນອິນເດຍແດງ ຫລື ຄລີນິກຊົນເຜົ່າແມ່ນພາກສ່ວນໜຶ່ງ ຂອງເຄືອຂ່າຍແຜນປະກັນສຸຂະພາບບໍ?

- ແມ່ນຢູ່ໃນບາງກໍລະນີ. ຖ້າການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບສຳລັບຄົນອິນເດຍແດງ (IHS - Indian Health Service) ຫລື ຄລີນິກຊົນເຜົ່າຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດເລືອກມັນເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຫລັກຂອງທ່ານ. ຖ້າ IHS ຫລື ຄລີນິກຊົນເຜົ່າບໍ່ແມ່ນພາກສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ທ່ານເລືອກ, ທ່ານຈະຕ້ອງເລືອກ ທ່ານໝໍ ຫລື ຄລີນິກຕົ້ນຕໍ ເຊິ່ງແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- **ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ ຫລື ເລີ່ມຕົ້ນໃຊ້ບໍລິການຄລີນິກຊົນເຜົ່າ ແລະ IHS ໃນທຸກໆເວລາ.** ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຈະບໍ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການອະນຸມັດກ່ອນ ຫຼື ກຳນົດເງື່ອນໄຂໃດໜຶ່ງສຳລັບທ່ານ ເພື່ອໃຊ້ການບໍລິການທີ່ຄລີນິກເຫລົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານໝໍ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນຢູ່ໃນຄລີນິກຊົນເຜົ່າ ແລະ IHS ສົ່ງທ່ານໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານຈະບໍ່ຈຳຕ້ອງພົບໝໍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຫລັກສຳລັບການສົ່ງຜູ້ປ່ວຍໄປຕໍ່.

ຄລີນິກ IHS ແລະ ຄລີນິກຊົນເຜົ່າ

ຖ້າທ່ານເປັນຄົນອິນເດຍແດງ ແລະ ມີຄຳຖາມໃດໜຶ່ງ ຫລື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ທ່ານສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍແດງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫລື ຄລີນິກຊົນເຜົ່າ.

ສັງລວມຜົນສຳຫຼວດການປະເມີນຄວາມພຶງພໍໃຈຜູ້ຊົມໃຊ້ໃນການສຶກສາແຜນສຸຂະພາບ (Consumer Assessment of Health Plans Study - CAHPS) ປີ 2014

	ການໃຫ້ຄະແນນ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ	ການບໍລິການລູກຄ້າ % ຄຳຕອບ "ບໍ່ມີບັນຫາ"	ຮັບການດູແລທີ່ຕ້ອງການ % ຄຳຕອບ "ບໍ່ມີບັນຫາ"	ທ່ານໝໍສື່ສານໄດ້ດີເທົ່າໃດ % ຄຳຕອບ "ຕະຫຼອດ"	ຮັບການດູແລດ່ວນ % ຄຳຕອບ "ຕະຫຼອດ"
Medical Assistance – ຄຳຕອບຈາກ ອາຍຸ 18 ຫາ 64ປີ					
Blue Plus	64%	72%	54%	83%	61%
HealthPartners	60%	75%	57%	86%	58%
Itasca Medical Care (IM Care)	58%	62%	58%	79%	62%
Medica	54%	59%	53%	79%	56%
PrimeWest Health (PWH)	50%	64%	56%	79%	60%
South Country Health Alliance (SCHA)	58%	62%	52%	78%	54%
UCare	57%	72%	54%	80%	55%
ຜົນສະເລ່ຍຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບທັງໝົດ	58%	68%	55%	79%	58%

ແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ

ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບເພື່ອMedical Assistance ຫລື ເງິນຊ່ວຍເຫລືອ MinnesotaCare

ທ່ານມີສິດປ່ຽນແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ແນ່ນອນໃດໜຶ່ງ, ຖ້າມີແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃຫ້ຫລາຍກວ່າໜຶ່ງແຜນຢູ່ໃນໃນເຂດເມືອງ ຫລື ຄາວຕີ້ຂອງທ່ານ.

- ທ່ານອາດປ່ຽນແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຄັ້ງໜຶ່ງໃນຊ່ວງປີທຳອິດທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນການດູແລໄດ້ຮັບການຈັດການ.
- ມີເວລາທີ່ເປີດໃຫ້ລົງທະບຽນໃນແຕ່ລະປີ. ໃນເວລານັ້ນ ລັດຈະອະທິບາຍສິດຂອງທ່ານ ເພື່ອປ່ຽນແປງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- ທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີທີ່ທ່ານລົງທະບຽນທຳອິດຢູ່ໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ.
- ທ່ານອາດຈະຂໍປ່ຽນແປງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງໂດຍ ***ມີເຫດຜົນໄດ້*** (ລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຈຳກັດແຕ່ຕໍ່ໄປນີ້: ຂາດການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ການດູແລມີຄຸນນະພາບຕ່ຳ ຫລື ຄວາມຕໍ່ເນື່ອງຂອງການດູແລ).
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນແປງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃນເວລາອື່ນ, ທ່ານອາດຕ້ອງໄດ້ຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີດ້ວຍຄວາມຊອບທຳຂອງລັດ.
- ຜູ້ລົງທະບຽນທາງເລືອກດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ອາວຸโสມິນນີโซตา (MSHO - Minnesota Senior Health Options) ອາດຈະຍົກເລີກການລົງທະບຽນໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າທ່ານມີ Medicare ແລະ ຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ MSHO, ທ່ານຈະຕ້ອງເລືອກແຜນ Medicare ພາກ D. Medical Assistanceຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າຢາສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ສັ່ງໂດຍທ່ານໝໍ ຖ້າທ່ານມີ Medicare.
- ທ່ານອາດປ່ຽນຄລີນິກດູແລຕົ້ນຕໍໄດ້ໃນທຸກໆ 30 ມື້ ໂດຍການຕິດຕໍ່ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ທ່ານມີສິດໃນການດູແລປິ່ນປົວທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນ.

- ທ່ານອາດຈະຂໍເອົາແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສຳລັບທາງເລືອກທີສອງໄດ້. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຈະໃຫ້ທ່ານຊື່ຂອງທ່ານໝໍທີ່ທານສາມາດພົບໄດ້.
- ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງບອກທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຖ້າມີການປະຕິເສດ, ຫລຸດການບໍລິການ ຫລື ຢຸດການໃຫ້ບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ການບໍລິການທີ່ທ່ານໝໍແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສັ່ງໄປ.
- ຖ້າແຜນສຸຂະພາບຢຸດ ຫລື ຫລຸດຜ່ອນການບໍລິການ **ທີ່ດຳເນີນຢູ່** ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຂໍອຸທອນການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານອາດຈະສາມາດສືບຕໍ່ໃຊ້ການບໍລິການໄດ້ໃນຊ່ວງການຂໍອຸທອນ. ທ່ານຕ້ອງຍື່ນການຂໍອຸທອນ ແຜນດູແລສຸຂະພາບ ຫລື ຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີດ້ວຍຄວາມຊອບທຳຈາກລັດ **ພາຍໃນ 10 ວັນ** ນັບຈາກວັນທີໃນໃບແຈ້ງຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫລື ກ່ອນການບໍລິການຖືກຢຸດ ຫລື ຖືກຫລຸດຜ່ອນການບໍລິການ, ອັນໃດກໍໄດ້ແມ່ນໃນເວລາພາຍຫຼັງ. ທ່ານຕ້ອງຂໍການບໍລິການເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຕ້ອງເຫັນດີກັບການການບໍລິການຄວນຈະຖືກສືບຕໍ່. ຖ້າທ່ານແພ້ໃນການຂໍອຸທອນ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຈ່າຍຄ່າບິນການບໍລິການ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດເຮັດຂໍ້ໃດຂໍ້ໜຶ່ງໃນບັນດາຂໍ້ເຫລົ່ານີ້:

- ຍື່ນການຂໍອຸທອນກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ. ທ່ານຕ້ອງຂໍອຸທອນຫາແຜນປະກັນສຸຂະພາບ**ພາຍໃນ 90 ວັນ** ຫລັງຈາກວັນທີຂອງການແຈ້ງທີ່ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຳລັງຫລຸດ ຫລື ປະຕິເສດການບໍລິການ ຫລື ການຊຳລະເງິນ.
  - ໂທຫາແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເບີໂທລະສັບຢູ່ເທິງ ID ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຕ້ອງຕອບທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນ.
  - ຂຽນໜັງສືເຖິງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ບອກຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານນຳ. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຕ້ອງຕອບທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນ.
- ໂທຫາໜ່ວຍດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຈັດການຂອງຄາວຕີ້ (Managed Health Care), ພະນັກງານ MinnesotaCare ຂອງທ່ານ ຫລື ຜູ້ປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ.
- ໂທຫາຫ້ອງການ Ombudsman ສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຈັດການຂອງລັດ ທີ່ເບີ 651-431-2660 ຫຼື ໂທຟຣີເບີ 1-800-657-3729. ເຂົາເຈົ້າສາມາດຊ່ວຍທ່ານຂໍອຸທອນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫລື ຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄະດີດ້ວຍຄວາມຊອບທຳຈາກລັດ. ຖ້າທ່ານມີຂໍ້ທຸກໃຈທີ່ຕ້ອງການການຕັດສິນຢ່າງຮີບດ່ວນ, ກະລຸນາບອກ Ombudsman.
- ຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄະດີດ້ວຍຄວາມຊອບທຳຈາກລັດ.

ວິທີຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄະດີດ້ວຍຄວາມຊອບທຳຈາກລັດ:

ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄະດີດ້ວຍຄວາມຊອບທຳ **ພາຍໃນ 30 ວັນ** ຫລັງຈາກວັນທີຂອງການແຈ້ງ ທີ່ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຳລັງຫລຸດ ຫລື ປະຕິເສດການບໍລິການ ຫລື ການຊຳລະເງິນ. ທ່ານມີເວລາເຖິງ 90 ວັນ ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນດີສຳລັບການຍື່ນฟ้ອງທີ່ຊັກຊ້າ.

ສົ່ງຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານໂດຍໄປສະນີ ຫລື ແຟັກເຖິງ:

(ກົມການບໍລິການທາງສິດທິມມະນຸດ ລັດມິນນີໂຊຕາ)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941
ແຟັກ: 651-431-7523

- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືແຈ້ງບອກວັນທີ ແລະ ເວລາຂອງການຮັບຟັງການພິຈາລະນາ.
- ທ່ານອາດເອົາທະນາຍຄວາມ, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ໝູ່ເພື່ອນ ຫລື ຜູ້ແທນໃນທາງກົດໝາຍໄປນຳ ເພື່ອຮັບຟັງການພິຈາລະນາ.

ຜູ້ພິພາກສາການບໍລິການດ້ານສິດທິມະນຸດຈະດຳເນີນການຕັດສິນກ່ຽວກັບກໍລະນີ ຫລື ຄະດີຂອງທ່ານ. ຜູ້ພິພາກສາບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ການເລືອກປະຕິບັດແມ່ນຜິດກົດໝາຍ.

ທ່ານມີສິດໃນການຍື່ນຟ້ອງຂໍ້ທຸກໃຈ ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກປະຕິບັດຕ່ໍ ໃນລັກສະນະທີ່ເປັນການເລືອກປະຕິບັດ ຫລື ແບ່ງແຍກໂດຍສຳນັກງານການບໍລິການດ້ານສິດທິມະນຸດ. ທ່ານສາມາດຕິດຕ່ໍສຳນັກງານໃດນຶ່ງໂດຍກົງຢູ່ລຸ່ມນີ້ໄດ້ ເພື່ອຍື່ນຟ້ອງຂໍ້ທຸກໃຈທາງດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງ.

ກົມການບໍລິການສິດທິມະນຸດຂອງລັດມິນນີໂຊຕາ, ພະແນກໂອກາດ ແລະ ສິດທິການເຂົ້າເຖິງທີ່ສະເໝີພາບກັນ (Minnesota Department of Human Services, Equal Opportunity and Access Division), ຫ້າມເດັດຂາດການເລືອກປະຕິບັດຢູ່ໃນແຜນງານຂອງເຂົາເຈົ້າ ທີ່ເນື່ອງມາຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສັນຊາດກຳເນີດ, ຫລັກຄວາມເຊື່ອ, ສາສະໜາ, ລົດນິຍົມທາງເພດ, ສະຖານະການຊ່ວຍເຫລືອຈາກສັງຄົມ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫລື ເພດ (ລວມທັງບົດບາດທາງເພດ ແລະ ເອກະລັກທາງເພດພາຍໃຕ້ທຸກໆໂຄງການສຸຂະພາບ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອທາງການເງິນຈາກລັດຖະບານກາງ). ຕິດຕ່ໍຫາພະແນກໂອກາດ ແລະ ສິດເຂົ້າເຖິງສະເໝີພາບກັນໂດຍກົງທີ່:

(ພະແນກບໍລິການທາງດ້ານສິດທິມະນຸດມິນນີໂຊຕາ)
(ພະແນກໂອກາດ ແລະ ສິດທິເຂົ້າເຖິງທີ່ສະເໝີພາບກັນ)
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (ສຽງເວົ້າ) ຫຼື ใช้ການບໍລິການຣິເລສຳລັບຜູ້ມີບັນຫາດ້ານການຟັງ ຫລື ເວົ້າທີ່ທ່ານເລືອກ

ກົມສິດທິມະນຸດຂອງລັດມິນເນໂຊຕາ (Minnesota Department of Human Rights) ຫ້າມເດັດຂາດໃນການເລືອກປະຕິບັດຢູ່ໃນແຜນງານການບໍລິການຂອງພາກລັດ ເນື່ອງມາຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຫລັກຄວາມເຊື່ອ, ສາສະໜາ, ສັນຊາດກຳເນີດ,ຄວາມພິການ, ລົດນິຍົມທາງເພດ ຫລື ສະຖານະການຊ່ວຍເຫລືອຈາກພາກລັດ. ຕິດຕ່ໍຫາກົມສິດທິມະນຸດລັດມິນນີໂຊຕາໂດຍກົງໄດ້ທີ່:

(ກົມສິດທິມະນຸດລັດມິນນີໂຊຕາ)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (ສຽງເວົ້າ)
1-800-657-3704 (ໂທຟຣີ)
651-296-1283 (TTY)

ກົມບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ສິດທິມະນຸດ, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງສະຫະລັດອາເມລິກາ (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) ຫ້າມເດັດຂາດການເລືອກປະຕິບັດໃນແຜນງານຂອງເຂົາເຈົ້າ ເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ,ສັນຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ກົດກັ້ນການຮ້ອງທຸກ, ສາສະໜາ ແລະ ລວມທັງເພດ; ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃນເລື່ອງແຜນງານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ເພດ ລວມເຖິງບົດບາດທາງເພດ ແລະ ເອກະລັກທາງເພດ ພາຍໃຕ້ແຜນງານສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງ ຫລື ກົດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອການເງິນຈາກລັດຖະບານກາງ ເຊັ່ນວ່າແຜນງານ Medicaid ແລະ CHIP, ໂຮງໝໍ, ຄລີນິກ, ນາຍຈ້າງ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ ແລະ ການແລກປ່ຽນປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ I (Title I) ຂອງບັນຍັດວ່າດ້ວຍການດູແລຮັກສາທີ່ສາມາດຊື້ໄດ້. ຫລື Affordable Care Act. ຕິດຕ່ໍສຳນັກງານລັດຖະບານກາງໂດຍກົງ:

(ກົມບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ສິດທິມະນຸດ ສະຫະລັດອາເມລິກາ)
(ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ, ເຂດ V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (ສຽງເວົ້າ)
1-800-368-1019 (ໂທຟຣີ)
1-800-537-7697 (TTY)

CB3 1-15

ADA1 (12-12)

ຂໍ້ມູນນີ້ມີໃຫ້ໃນຟໍແມັດທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສຳລັບ ບຸກຄົນທີ່ພິການ ໂດຍການໂທຫາ 651-431-2660, ໂທຟຣີ 1-800-657-3729, ຫລື ໂດຍການໃຊ້ບໍລິການຣິເລທີ່ທ່ານເລືອກສຳລັບຄົນພິການທີ່ມີບັນຫາທາງການເວົ້າ ແລະ ຟັງ.
ສຳລັບຂໍ້ມູນອື່ນທາງດ້ານສິດທິຄົນພິການ ແລະ ການປົກປ້ອງ, ກະລຸນາຕິດຕ່ໍຜູ້ປະສານງານ ADA ຂອງສຳນັກງານ.