Washington State Department of Social & Health Services

DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ແຈ້ງແຜນການປະຕິບັດ
ການໂຕ້ຕອບຄຳຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານ ສຳຮັບການສະລະສິດລົງທະບຽນໃນແຜນ HCBS
PLANNED ACTION NOTICE
RESPONSE TO YOUR REQUEST FOR HCBS WAIVER ENROLLMENT

ເຖິງ: ຜູ້ຕາງໜ້າ

ໂຕ້ຕອບຄຳຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານສຳຮັບການສະລະສິດລົງທະບຽນ

ຄຳຂໍຮ້ອງເປັນຜູ້ສະລະສິດ ສຳຮັບການສັບຊ້ອນຂອງທ່ານໄດ້ບັນທຶກເຂົ້າໃນບັນຊີສະຖິຕິທົ່ວຣັດຕໍ່ການບໍຣິການຕ່າງໆຕາມບ້ານແລະຊຸມຊົນ (HCBS) ຂອງພະແນກ DDD ແລ້ວ.

- ການທີ່ຊື່ຂອງທ່ານຖືກບັນທຶກລົງໃນບັນຊີສະຖິຕິທົ່ວຣັດນັນບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນການເຂົ້າເຖິງ ຫລືການໄດ້ຮັບການບໍຣິການຂອງການເປັນຜູ້ສະລະສິດ.

ການຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານເພື່ອລົງທະບຽນໃນນາມເປັນຜູ້ສະລະສິດຕໍ່ໂຄງການ HCBS ຂອງພະແນກ DDD ແມ່ນໄດ້ຖືກປະຕິເສດໃນເວລານີ້.

- ພະແນກ DDD ຈະເພີ່ມຄົນເຂົ້າໃນນາມເປັນຜູ້ສະລະສິດຕໍ່ໂຄງການກໍ່ຕໍ່ ເມື່ອມີບ່ອນว່າງໃນການບັນຈຸຜູ້ສະລະສິດ ແລະມີທຶນເພື່ອຮັບເອົາຄົນໃໝ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການເປັນຜູ້ສະລະສິດທັງຫລາຍທໍ່ນັ້ນ.
- ເມື່ອມີທັງສອງຢ່າງຄືທຶນແລະບ່ອນว່າງໃນການບັນຈຸເພື່ອເພີ່ມຜູ້ສະລະສິດ, ຜົນທຳອິດຂອງທ່ານໃນສະຖິຕິການເປັນຜູ້ສະລະສິດຖືເອົາເປັນສິ່ງນຳມາພິຈາຣະນາ.

ຂ່າວຂໍ້ມູນສຳຮັບບັນຊີສະຖິຕິ

ທ່ານມີຣະດັບຄວາມດູແລຈຳເປັນຕ່າງໆໃນ ICF/MR (ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-845-0070 ຈົນເຖິງ 388-845-0090) ແລະທ່ານກໍ່ຖືກຕາມເງື່ອນໄຂຕ່າງໆສຳຮັບປະຊາກອນປະເພດທຳອິດ (ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-845-0045).

☐ 1. ປະຊາກອນປະເພດທຳອິດຈະເອົາການກວດສອບຖານະການເປັນຜູ້ສະລະສິດປະຈຸບັນໃຫ້ເພື່ອຣຽກຮ້ອງການເປັນຜູ້ສະລະສິດທີ່ຕ່າງກັນ ເພາະว່າຄວາມຕ້ອງການຂອງເຂົາເຈົ້າໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນອີກ. ແລະຄວາມຕ້ອງການຈຳເປັນເຫລົ່ານີ້ ບໍ່ສາມາດຕອບສະໜອງໄດ້ຕາມຂອບເຂດເປັນຜູ້ສະລະສິດທີ່ໄດ້ຮັບໃນປະຈຸບັນ.

☐ 2. ພະແນກ DDD ກໍ່ຈະພິຈາຣະນາປະຊາກອນປະເພດຕ່າງໆຢູ່ລຸ່ມນີ້ອີກຄືກັນ:

- ☐ a) ປະຊາກອນທັງຫລາຍຕາມການຊີ້ບົ່ງຕົວ ແລະການລົງທຶນໂດຍຜ່ານຣັດຖະສະພາ.
- ☐ b) ບຸກຄົນທັງຫລາຍທີ່ DDD ໄດ້ພິຈາຣະນາວ່າເປັນຜູ້ມີຄວາມຕ້ອງການຕ່າງໆທີ່ສ່ຽງຕໍ່ອັນຕະຣາຍດ່ວນຂອງການອະນຸຍາດເຂົ້າໃນແຜນ ICF/MR ຍ້ອນຄວາມຕ້ອງການບໍ່ຕອບສະໜອງທາງດ້ານສຸຂະພາບແລະຄວາມປອດໄພ.
- ☐ c) ບຸກຄົນທັງຫລາຍທີ່ບົ່ງສະແດງว່າສ່ຽງຕໍ່ຄວາມປອດໄພຂອງຊຸມຊົນ.
- ☐ d) ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫລືອບໍຣິການຈາກທຶນຂອງຣັດທໍ່ນັ້ນໃນປະຈຸບັນນີ້.
- ☐ e) ບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນຖານະເປັນຜູ້ສະລະສິດຂອງ HCBS ທີ່ໃຫ້ການບໍຣິການເກີນຄວາມຕ້ອງການຈຳເປັນຕ່າງໆເພື່ອສະໜອງຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານສຸຂະພາບແລະສະວັດດີພາບ.

☐ 3. ສຳຮັບການສະລະສິດຂັ້ນພື້ນຖານທໍ່ນັ້ນ, ພະແນກ DDD ອາດພິຈາຣະນາເຖິງຄົນຈຳພວກນັ້ນທີ່ຕ້ອງການໆບໍຣິການສະລະສິດ ຊຶ່ງມີໃຫ້ໃນການສະລະສິດຂັ້ນພື້ນຖານເພື່ອສະຫງວນເວົາເຈົ້າໄວ້ໃນບ້ານຂອງຄອບຄົວ:

☐ 4. ບໍ່ກ່ຽວບໍ່ເໝາະສົມກັບຂໍ້ກຳນົດຕ່າງໆຂ້າງເທິງ

ຂ່າວຂໍ້ມູນສຳຮັບບັນຊີສະຖິຕິເພີ່ມເຕີມ

ຂ່າວຂໍ້ມູນສຳຮັບບັນຊີສະຖິຕິເພີ່ມເຕີມນີ້ ຈະເປັນການປັບໃຫ້ຖືກຕາມການສະມັຍທຸກສິບສອງ (12) ເດືອນໃນລັກສນະຢູ່ລຸ່ມນີ້ຄື:

- ☐ a) ໃນສິບ (10) ເດືອນ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຈາກ DDD ທີ່ຣຽກຮ້ອງว່າໃຫ້ທ່ານຕອບຕາມເວລາທີ່ກຳນົດໃຫ້ ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ມີຊື່ຢູ່ໃນບັນຊີສະຖິຕິນີ້.
- ☐ b) ເມື່ອທ່ານຕອບ, DDD ກໍ່ຈະທົບທວນຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ໝັ້ນໃຈว່າທ່ານຍັງສືບຕໍ່ຖືກກັບຂໍ້ກຳນົດຕາມກົດໝາຍ WAC-388-845-0050.
- ☐ c) ຖ້າທ່ານພາດພັ້ງເມີນເສີຍບໍ່ຕອບຈົດໝາຍນີ້, ຊື່ຂອງທ່ານກໍ່ຈະຖືກເອົາອອກຈາກບັນຊີສະຖິຕິນີ້.

ສິດທິຕ່າງໆໃນການອຸທອນ	
ໃນເມື່ອຫາກທ່ານບໍ່ມີສິດທີ່ຈະອຸທອນຕໍ່ເຣື່ອງລົງທະບຽນໃນນາມເປັນຜູ້ສລະສິດໃນແຜນ DDD HCBS ທີ່ຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານກໍ່ຍັງສາມາດອຸທອນຕໍ່ການແຕ່ງຕັ້ງຂໍ້ຈຳເປັນເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານອາດຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຈັດການສຳນວນ DDD ຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ມີການປ່ຽນແປງສະພາບທີ່ອາດສະທ້ອນຜົນຕໍ່ຖານະການຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານ. ກະຣຸນາໂທຫາ ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມຫລືຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃດໆ.	
ຊື່ຂອງຜູ້ຈັດການສຳນວນ	ຕຳແໜ່ງໜ້າທີ່
ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເລກຣະຫັດທ້ອງຖິ່ນ)	ບ່ອນຢູ່ທາງອີເມລ์

ສະເໜີສິ່ງ: ລູກສຳນວນ

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ແຈ້ງແຜນການປະຕິບັດ
ສຳຣັບຄຳຂໍຮ້ອງຂໍການອຸທອນການລົງທະບຽນສະລະສິດ
ພະແນກພິການດ້ານການວິວັດທະນາການຕ່າງໆ (DDD)

ອີງຕາມກົດໝາຍໝວດ 388-02
ສຳຣັບກົດຣະບຽບຂອງການຟັງເຣື່ອງຕ່າງໆຂອງກົມ DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ໃຫ້ສົ່ງທາງໄປສະນີຖຶງ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ທາງແຟັກສ์: 360-586-6563

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຟັງຄວາມເປັນທັມຍ້ອນว่า ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕົກລົງກັບຄຳຕັດສິນຂັ້ນທຳອິດ ຂອງພະແນກພິການດ້ານການວິວັດທະນາການຕ່າງໆ (DDD):

ຊື່ຂອງທ່ານ (ກະຣຸນາພິມ)	ວັນເດືອນປີເກີດ
ບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ຂໍຮ້ອງການຟັງເຣື່ອງ ເມືອງ ຣັດ ລະຫັດໄປສະນີ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເຂດຣັດ) ☐ ເລກຝາກຄວາມໄວ້

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງຄຳຕັດສິນ ໃນ: _____ ໂດຍ: _____
ວັນທີ ຊື່ແລະສະຖານທີ່ຂອງກົມ DSHS

ຂ້າພະເຈົ້າຢາກສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ, ຖ້າຍັງມີເງື່ອນໄຂ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ໄລຍະການ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກແທນຕົວໂດຍ (ຖ້າທ່ານຫາກແທນຕົນເອງ ບໍ່ຕ້ອງຕື່ມໃນສອງແຖວຕໍ່ໄປ):

ຊື່ຂອງຜູ້ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານ	ອົງການ	ເລກໂທຣະສັບ
ບ່ອນຢູ່ ຖນົນ	ເມືອງ ຣັດ	ຊິບໂຄດ

☐ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເຜີຍຂໍ້ມູນການອຸທອນແກ່ຜູ້ເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ	ວັນທີ

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາຫລືການຊ່ວຍພິເສດຢ່າງອື່ນໃນການຟັງເຣື່ອງນີ້ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ພາສາໃດ ຫລືການຊ່ວຍພິເສດແນວໃດ? _____

ຜູ້ພິພາກສາອຳນາດການປົກຄອງຟັງເຣື່ອງ (ALJ)
ອາດຈັດການຟັງເຣື່ອງທາງໂທຣະສັບ. ຖ້າທ່ານຢາກປ່ຽນການຟັງເຣື່ອງເປັນແບບປາກົດຕົວຊ່ອງໜ້າ, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳທີ່ທາງຫ້ອງການຟັງເຣື່ອງ ຈະສົ່ງມາໃຫ້ພ້ອມໃບແຈ້ງການຟັງເຣື່ອງນັ້ນໂດຍ OAH.

INSTRUCTIONS

When is this form used?

This form is used to notify individuals that their name was documented on a statewide database for waiver enrollment in response to submission of a “HCBS Waiver Enrollment Request” form.

Who will be sending this notice?

Headquarters will be sending this notice to the client and their legal representative.